

Anmeldung

Ansprechpartnerin:

Frau Ellen Bauer

Telefon: 06131 / 28 43 8 11

Fax: 06131 / 28 43 8 10

mail: bauer@arztkolleg.de

**Die Anmeldung ist auch über unsere
Internetseite:**

<http://www.akademie-aerztliche-fortbildung.de>

möglich.

Bitte beachten Sie unsere
Teilnahmebedingungen.

Ihre Verkehrsanbindung

Buslinien: 6, 6A, 62, 63, 64, 65

Haltestelle: Bauhofstrasse / LRP

Termin

Donnerstag, 14. Juli 2016
von 9.00 Uhr bis 19.00 Uhr
und

Freitag, 15. Juli 2016,
von 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr

Ort

Hörsaal der
Akademie für Ärztliche Fortbildung
in Rheinland-Pfalz
Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz

Teilnehmerzahl

Bis zu 30 Teilnehmer



**Akademie für Ärztliche Fortbildung
in Rheinland-Pfalz**

Facharztrepetitorium Psychiatrie und Psychotherapie

***Kursleiter:
Herr Prof. Dr. K. Lieb
Universitätsklinik Mainz***

**am
14. und 15. Juli 2016**

(mit 16 Punkten anerkannt)

Facharztrepetitorium Psychiatrie und Psychotherapie

Kursinhalt ist eine umfassende Übersicht über die Inhalte des Faches Psychiatrie und Psychotherapie, die für die Facharztprüfung beherrscht werden müssen. Das Repetitorium ist geeignet sowohl zur Orientierung für Kandidaten, die noch nicht mit dem Lernen begonnen haben, als auch für Kandidaten, die den gelernten Stoff wiederholen und sich konkret für die Prüfung vorbereiten möchten. Herr Prof. Lieb hält seit Jahren Facharztrepetitorien ab und verspricht eine kurzweilige und interaktive Weiterbildungsveranstaltung.

Kursgebühren

250,- €
(inkl. Pausengetränke und Gebäck)

Die Zahlung ist mit der Anmeldung fällig.

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Mainz
BLZ 300 606 01 – Konto-Nr. 1727 451
IBAN DE10 3006 0601 0001 7274 51
BIC (Swift Code) DAAEEDDD

Verbindliche Anmeldung - bitte deutlich schreiben -
nur für Veranstaltungen der Akademie

per Fax an:

06131/28438-10

oder im Kuvert:

**An die
Akademie für Ärztliche
Fortbildung in Rheinland-Pfalz
Deutschhausplatz 3**

55116 Mainz

Genauere Kursbezeichnung
**Facharztrepetitorium Psychiatrie und
Psychotherapie am 14. und 15.07.2016**

Barcode oder EFN _____

Name, Vorname _____

Straße, PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

Arbeitsgebiet / Facharzt für _____

Ort, Datum, Unterschrift _____