

Inschrijfformulier insights in de medische praktijk

- Ik neem graag deel aan de training insights in de medische praktijk.

Naam :

Straatnaam :

Postcode en woonplaats :

E-mailadres :

Telefoonnummer(s) :

BIG-nummer :

- Ik wil deze nascholing volgen in: Datum:
Vul de data en locatie hierboven of op het bijgevoegde formulier in. (zie download op website of als attachement in uw mail)

Let op, voor het volgen van blok 2,3 en 4 dient u voorgaande blokken gevolgd te hebben. Indien u zich inschrijft voor blok 2,3 of 4 geef dan ook aan wanneer en waar u het voorgaande blok gevolgd heeft.

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik de omschreven Algemene Voorwaarden, inclusief de Annuleringsvoorwaarden te hebben gelezen en er akkoord mee te zijn. De algemene voorwaarden vindt u onder <http://www.zinenzakelijkheid.nl/insights-in-de-medische-praktijk> (in de rechterkolom)

Datum :

Plaats :

Handtekening :