



Anmeldeformular

„European Trauma Course“ (ETC)
Trauma Support Practitioner
18.09. – 20.09.2026 in Münster

| | |
|--------------------------------|---|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum (TT.MM.JJ) | |
| Fachrichtung | |
| Privatanschrift | |
| Klinikanschrift | |
| Mobiltelefon | |
| E-Mail | |
| Verpflegung | <input type="radio"/> vegetarisch <input type="radio"/> halal <input type="radio"/> keine Einschränkungen |

Hiermit melde ich mich für die oben genannte Veranstaltung an. Die Kursgebühr in Höhe von 400,00 Euro überweise ich innerhalb von 10 Tagen auf folgende Kontoverbindung:

Wissenschaftl. Kreis der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des
Universitätsklinikums Münster e.V.
Vereinigte Volksbank Münster
IBAN: DE69 4036 1906 0015 1669 02
BIC GENODEM1IBB

Verwendungszweck: ETC 2026 + Name

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie uns die Anmeldung per Mail an folgende Adresse:

| | |
|------------|---|
| E-Mail: | etc@anit.uni-muenster.de |
| Anschrift: | Universitätsklinikum Münster Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie to: Dr. med. Dennie Scholle Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1, 48149 Münster |