

Absender:

(Titel, Name, Adresse)

.....
.....
.....
.....

DEUTSCHE AKADEMIE
FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN E.V.
Reichsgrafenstraße 11

79102 Freiburg

Fax: 0761 / 72024

1. Spezialseminar „Metabolisches Syndrom“

Durchgeführt von der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. in
Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Ernährungsmedizin Baden-Württemberg (NEBW) e.V.

Für **ÄrzteInnen**, die in der Vergangenheit bereits eine Seminarfortbildung nach dem 100stündigen Curriculum Ernährungsmedizin absolviert haben und für **Ernährungsfachkräfte** (DiätassistentInnen, ÖkotrophologInnen).

Hiermit melde ich mich **verbindlich** zum **1. Spezialseminar „Metabolisches Syndrom“** in den Räumlichkeiten des Gesundheitsparkes Hohenfreudenstadt – Hotel Teuchelwald und Klinik Hohenfreudenstadt (Lehrklinik für Ernährungsmedizin der DAEM) – Schömbbergstr. 9, 72250 Freudenstadt an:

1. Spezialseminar „Metabolisches Syndrom“ 10.-11.11.2006

Ich bin an einem späteren Spezialseminar interessiert

Ich habe einen Fortbildungskurs nach dem Curriculum Ernährungsmedizin im
Jahr _____ besucht

Kursveranstalter: DAEM/BDEM anderer Veranstalter _____

Ich bin Mitglied im: BDEM VDD VDO_E

Kosten der Veranstaltung: 250,-- € für BDEM-, VDD- und VDO_E-Mitglieder
280,-- € für Nichtmitglieder

Bitte reservieren Sie für mich ein Zimmer im Hotel Teuchelwald vom

9. – 11. 11.06 10. – 11. 11.06 (30,-- € / Person und Nacht inkl. Frühstück)
(44,-- € / Person und Nacht inkl. Halbpension)

Datum, Unterschrift

Beruf/Fachrichtung: