

Anerkennung von Fortbildungen (PVK Rollstuhltarif)

Veranstalter: _____

Datum: _____

Ort: _____

Dauer / Zeitplan: _____

Credits: _____

Thema / Titel: _____

Themenschwerpunkt: Produkt medizinisch Versorgung

andere: _____

Referent/inn(en): _____

Referenzen / vorgängige Veranstaltungen:

Teilnehmerzahl: _____

Teilnahme: öffentlich nur für Kunden

Teilnehmerbeitrag: _____ CHF

Antrag per E-Mail, Fax oder Post an contact@svot.ch, 031 952 76 83 oder
PVK Rollstuhlvereinbarung c/o SVOT, Moosstrasse 2, 3073 Gümligen.
Die Verwendung des Formulars ist nicht zwingend.

Bitte wenn möglich ein Programm oder Programmentwurf beilegen.