

INSCHRIJFFORMULIER

Studiedag Impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid

ONDERGETEKENDE *(drukletters aub)*

Naam: _____

Voornaam: _____ Dhr. Mevr. Dr.

Functie: _____

Ziekenhuis/Instelling: _____

Straat: _____ Nr: _____ Tel: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Privé-adres

Straat: _____ Nr: _____

Postcode: _____ Plaats: _____ Tel: _____

Gelieve aan te duiden op welk adres wij uw correspondentie kunnen toesturen

E-MAIL: _____ @ _____

WENST IN TE SCHRIJVEN VOOR

Studiedag Impact van grensoverschrijdende zorg op het ziekenhuisbeleid

- Leuven: 16 maart 2012

BETAALT

- door overschrijving van **190 EUR** op rekeningnummer 432-0000011-57 van de K.U.Leuven, Oude Markt 13, 3000 Leuven – **met vermelding van de gestructureerde mededeling: 400/0006/09321.**

- en wenst een bewijs van betaling te ontvangen op naam van _____

Gelieve dit formulier ten laatste op 24 februari 2012 terug te sturen/faxen:

CENTRUM VOOR ZIEKENHUIS- EN VERPLEGINGSWETENSCHAP t.a.v. Mevr. M. Veuchelen
Kapucijnenvoer 35 – 3000 Leuven
fax: 016/33 69 70

Datum

Handtekening