

## **Einladung**

zu einer Fortbildungsveranstaltung der Firma LABOKLIN GmbH & Co.KG

### **„Infektiöse Fohlenerkrankungen - Diagnostik, Therapieansätze“ „Fieber unklarer Genese - was hat das Pferd?“**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

mit Seminaren vor Ort wollen wir Ihnen Aktuelles aus der Pferdemedizin näher bringen – Fortbildung ohne lange Anfahrt und in überschaubarem Kreis mit Möglichkeit zum Gedankenaustausch bei einem anschließenden kleinen Imbiss.

#### **Referenten:**

Teil I: Dr. Anton Heusinger, Fachtierarzt für klinische Labordiagnostik

Teil II: Dr. med. vet. Antje Wöckener, FTA für Pferde & FTA für Fortpflanzung

#### **Termine:**

**Dienstag, den 07. Februar 2012 in Münster**

**Mittwoch, den 08. Februar 2012 in Bonn**

Um 19:30 Uhr beginnen wir mit einem kleinem Begrüßungskaffee und der Registrierung,  
20:00 – 22:00 Uhr Seminar Teil I und Teil II.

#### **Teilnahmegebühr:**

**35,- Euro** je Teilnehmer inkl. Snack und Getränke

#### **ATF-Anerkennung:**

2 Stunden beantragt

**Weitere Infos erhalten Sie unter:** [www.laboklin.de](http://www.laboklin.de) / [service@laboklin.de](mailto:service@laboklin.de) / Telefon: +49(0)971 – 7 20 20

Wir freuen uns auf Ihr Kommen!

Ihr Laboklin Service-Team

**Anmeldung gerne auch per email: [service@laboklin.de](mailto:service@laboklin.de) oder siehe Rückseite**

# Anmeldung

Bitte ausfüllen und per Fax an: +49(0)971 – 7 202 997

Hiermit melde ich \_\_\_\_\_ Person/en für die Fortbildungsveranstaltung an.

<b>Dienstag, den 07. Februar 2012 in Münster-Hiltrup</b> Best Western Hotel, Zum Hiltruper See 173, 48165 Münstr-Hiltrup	
<b>Mittwoch, den 08. Februar 2012 in Bonn</b> Mercure Bonn-Hardtberg, Max-Habermann-Str. 2, 53123 Bonn	

Name(n) des/der Teilnehmer(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Die Teilnahmegebühr von **€ 35,- pro Person** überweise ich sofort auf das **Konto 347 155 063, Hypovereinsbank Bad Kissingen (BLZ 793 200 75)**.  
**Stichwort: „Seminar ORT + Name“**

Oder per Bankeinzugsverfahren:

\* Bei Stornierung Ihrer Teilnahme wird ein Rückbuchungsbetrag von 10,67€ fällig.

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

**Institut:** \_\_\_\_\_

**Bankleitzahl:** \_\_\_\_\_

**Kontonummer:** \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Teilnahme nur dann **verbindlich buchen**, wenn die Teilnahmegebühr im **Vorfeld beglichen** wurde.

Nach Zahlungseingang erhalten Sie eine Bestätigung.

Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift