TEILNEHMERLISTE Qualitätszirkel

Fachgruppe:	**Datum:**
Moderator:	**Ort:**
Co-Moderator:	**ID der Veranstaltung:**
Thema:	

Ärztliches Qualitätszentrum
Ein Service der Ärztekammer für Oberösterreich

ÖÄK Arztnr.	Vor- und Zuname	Wohnort	E-Mail Adresse oder Fax-Nr.	Unterschrift

Haben Sie bereits Ihr Konto eröffnet?
Dann werden wir Ihre Fortbildungspunkte auf Ihrem online Konto gutbuchen!
Informationen über dieses Service finden Sie unter www.meindfp.at

Bitte senden Sie die ausgefüllte Teilnehmerliste an:
Ärztliches Qualitätszentrum
zH Sabine Seefried, Dinghoferstr. 4, 4020 Linz
Fax: (0732) 78 36 60-245 oder auch per email: seefried@aekooe.or.at