MANUELLE MEDIZIN
SAMM

Schweizerische Ärztegesellschaft für Manuelle Medizin SAMM

Kontrollblatt

(Nachweis extern besuchter Fortbildungsveranstaltungen)

Name, Vorname _____

PLZ, Ort _____

Datum	Bezeichnung der Veranstaltung, Ort	Anzahl Stunden

Bitte legen Sie jeweils auch eine Teilnahmebestätigung sowie eine Kopie des Veranstaltungsprogramms bei.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

Bitte einreichen an:

Sekretariat SAMM, Röschstrasse 18, 9006 St.Gallen
Tel. 071 246 51 81, Fax 071 246 51 01
e-Mail: info@samm.ch, www.samm.ch