

Akademie für ärztliche Fortbildung  
der ÄKWL und der KVWL  
Postfach 40 67  
48022 Münster

Fax: 0251/929-2249  
E-Mail: decampos@aekwl.de  
kleine-asbrocke@aekwl.de

## Anmeldung

Hiermit melde ich mich zu dem nachstehend genannten Symposium verbindlich an:

### 3. Münsteraner Marathon-Medizin-Symposium Samstag, 11. September 2010 in Münster

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_  
(Privat)

Ort: \_\_\_\_\_ Tel. (dienstl.): \_\_\_\_\_

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Akademischer Grad: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Weitergabe meiner Adresse an anfragende Stellen (z. B. zwecks Bildung von  
Fahrgemeinschaften) einverstanden.

Ja

Nein

---

### Zusätzliche Anmeldung zum Marathon bzw. Staffel-Marathon Sonntag, 12. September 2010 in Münster

Marathon

Staffel-Marathon

#### Teilnehmer des Staffel-Marathons

1. Läufer: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

2. Läufer: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

3. Läufer: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

4. Läufer: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)(ca/jka)