

**Symposium 2017**

**Anmeldeformular**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname:** |  |
| **Anschrift :** |  |
| **Telefon/ E-Mail :** |  |
| **Klinik/Institut/Verband :** |  |

**Ich nehme am Symposium am 25.04.2017 teil (bitte ankreuzen)**

* Working session biobanking ja [ ]  nein [ ]
* Working session autoimmune diseases ja [ ]  nein [ ]
* Working session oro-dental diseases ja [ ]  nein [ ]
* Mittagessen ja [ ]  nein [ ]
* Konsortium-Sitzung ja [ ]  nein [ ]
* Seminar « Bone and autoimmunity » ja [ ]  nein [ ]
* Workshop and exchange with patients ja [ ]  nein [ ]

**Ich möchte gerne an den Vorträgen am**

**Vormittag des 26.04.2017 teilnehmen** : ja [ ]  nein [ ]

**Anmerkungen:**

**Registrierung bis spätestens zum 03.04.2017**

**per FAX 0761 270 34211**

**Per E-Mail:** **ingeborg.wuensche@uniklinik-freiburg.de** **-** **Christelle.olives@unistra.fr**