

**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**](mailto:ingeborg.wuensche@uniklinik-freiburg.de) **-** [**Christelle.olives@unistra.fr**](mailto:Christelle.olives@unistra.fr)