

Anmeldeformular

Kurs Psychosomatische Grundversorgung

Ich möchte am **Psychosomatischen Grundkurs** zum nächstmöglichen Termin in Rostock teilnehmen.

Ich möchte an den dazu gehörigen geplanten **Balintgruppen** teilnehmen.

geplanter Zeitraum der Facharztprüfung

Name: _____

Telefon: _____

Email: _____

Bei Interesse können Ihnen freie Kapazitäten sowie die aktuellen Kurskosten mitgeteilt werden.

Fax: 0381 / 494 2482
email: bettina.haase@med.uni-rostock.de
(z. Hd. Bettina Haase)