

Hautklinik  
Universitätsklinikum Erlangen  
Frau Egloffstein  
Hartmannstr. 14

91054 Erlangen



### **Ich möchte mich am Schulungsprogramm beteiligen**

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|

Adresse .....

.....

Telefon/Fax .....

E-Mail .....

Krankenkasse .....

Ich habe von der Psoriasissschulung erfahren durch:

.....

Datum, Unterschrift .....

Das ausgefüllte Anmeldeformular bitte im Fensterkuvert oder als Fax an die Nummer: 09131-853 3850 senden.

Anfragen per E-Mail an: [Andrea.Egloffstein@uk-erlangen.de](mailto:Andrea.Egloffstein@uk-erlangen.de)