

**Medizinische Klinik und Poliklinik III  
Regionales Kooperatives Rheumazentrum  
Aachen-Köln-Bonn**



**Anmeldeformular zur Patienteninformationsveranstaltung  
Rheumatoide Arthritis**

**Bitte per Fax an Herrn PD Dr. med. Matthias Seidel:  
0228 – 287 – 22025**

**Verbindliche Anmeldung:**

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Patienteninformationsveranstaltung am: \_\_\_\_\_ **09.07.2016** \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

Die Veranstaltung findet statt von 08:30 bis ca. 14:00 Uhr auf dem Gelände des Uniklinikums Bonn / Venusberg, im **Zentrum für Integrative Medizin** (Nähe Parkhaus Nord), Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn, im **Konferenzraum im 2. OG.**

Der Unkostenbeitrag von 10,00 Euro ist zahlbar am Veranstaltungstag.

**Bei Verhinderung bitten wir freundlichst um Absage spätestens bis zum Vortag der Veranstaltung, um 12:00 Uhr, an oben genannte Fax.- Nr.!**  
**(bzw. Tel.-Nr.: 0228 – 3506856)**