

Name:.....

PLZ:.....Ort:.....

Straße:.....

Telefon-Nr.....

Charité Universitätsmedizin Berlin  
Campus Virchow-Klinikum  
Interdisziplinäres Stoffwechsel-Centrum  
Ernährungsmedizin und Diätberatung  
z. Hd. Frau Kupczyk  
Augustenburger Platz 1  
13 353 Berlin

Datum: 06.01.2010

### **„Risiken und Behandlung eines zu hohen Cholesterinspiegels“**

Ich nehme mit ..... Personen an der Veranstaltungsreihe vom 23.02.10 bis 16.03.10 teil.

Ich nehme mit ..... Personen an der nächsten Veranstaltung (Herbst 2010) teil, erbitte neue Einladung.

Ich nehme nicht teil ..... , weil

Mit freundlichen Grüßen

.....  
(Unterschrift)

- **Ihre Teilnahme an der Schulung ist möglich, wenn wir uns nicht melden.** Sollte der Andrang zu groß sein, würden wir Sie in eine Warteliste übernehmen und benachrichtigen.
- Können wir Sie erreichen? Haben Sie Ihre Adresse und Telefon-Nr. angegeben?
- Die Platzzahl pro Schulung ist im Interesse der TeilnehmerInnen begrenzt.
- Bitte melden Sie sich bei uns ab, falls sich Ihre Teilnahme später als nicht möglich erweisen sollte. Wir könnten dann jemand von der Warteliste bedienen. Vielen Dank