

**MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH**  
**Rudolfstraße 11**  
**10245 Berlin**

Tel: 030/29 33 02-38/26 Fax: 030/29 33 02-11  
E-Mail: [regina.pischel@mut-gesundheit.de](mailto:regina.pischel@mut-gesundheit.de)  
[kerstin.pidde@mut-gesundheit.de](mailto:kerstin.pidde@mut-gesundheit.de)



**Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgenden Terminen an:**

---

Name, Vorname

---

Straße, Nr.

---

PLZ, Ort

---

Telefon

---

E-Mail

**Testen Sie Ihr Wissen!**

**Medizinische Assistenz**

07.03.2012  
14:00 – 18:00 Uhr  
für die schriftliche Prüfung  40,00 €

**Betriebsorganisation**

11.04.2012  
14:00 – 18:00 Uhr  
für die schriftliche Prüfung  40,00 €

**Diagnostische und therapeutische  
Maßnahmen in der Praxis**

11.05.2012 13:00 – 18:00 Uhr  50,00 €  
16.05.2012 13:00 – 18:00 Uhr

Bitte kreuzen Sie die Termine an, an denen Sie teilnehmen möchten. Wir bestätigen Ihnen die Anmeldung und senden Ihnen eine Rechnung zu. Bei einer Stornierung bis 15 Tage vor Kursbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 10% der Kursgebühr erhoben. Erfolgt keine Abmeldung bis mindestens 15 Tage vor Kursbeginn, wird die volle Kursgebühr fällig. Die Benennung einer Ersatzperson ist möglich. Diese Anmeldung senden Sie bitte per Fax 030 29330211 oder per Post an

MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH  
Regina Pischel  
Rudolfstraße 11  
10245 Berlin

Unterschrift des Teilnehmers