

Die BOViTA GmbH führt für das Medizinische Qualitätsnetz Bochum e. V. mit freundlicher Unterstützung der Firma Amgen GmbH nachfolgendes Webinar durch:

Webinar zum Thema: **FLS – Ein Versorgungsprojekt zur Vermeidung von (weiteren) Frakturen durch Kooperation aller beteiligten Therapeuten**

Referenten: **Univ. Prof. Dr. med. Uwe Maus**
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Leitender Arzt Endoprothetik und Osteologie
Universitätsklinikum Düsseldorf

Dr. med. Angela Moewes
Niedergelassene Fachärztin für Orthopädie und
Unfallchirurgie in Bochum

Moderator: **Dr. (B) Jozef Colemont**
Niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Osteologie
in Bochum

Termin: **Dienstag, 23.02.2021 um 19:00 Uhr**

Das Webinar ist mit 4 Punkten von der Ärztekammer Westfalen-Lippe zertifiziert worden.

Bei Interesse melden Sie sich bitte mit dem beiliegenden Anmeldeformular an. Die Zugangsdaten zum Webinar gehen Ihnen dann zu gegebener Zeit per Mail zu.

Bei etwaigen Fragen oder Anmerkungen steht Ihnen Frau Brudereck (Firma Amgen GmbH) während den Pausen und im Anschluss an die Veranstaltung zur Verfügung.

Die Veranstaltung wird durch die Firma Amgen GmbH mit 1.500 € unterstützt.

Anmeldung

per Fax an (02 34) 54 7 54 55

per Mail an info@bovita.gmbh

Webinar zum Thema: **FLS – Ein Versorgungsprojekt zur Vermeidung von (weiteren) Frakturen durch Kooperation aller beteiligten Therapeuten**

Termin: Dienstag, 23.02.2021, ab 19:00 Uhr

Anmeldeschluss: Wir bitten um Antwort bis zum 17.02.2021

JA, ich melde mich verbindlich zur Veranstaltung an.

Praxis: _____

Name, Vorname: _____

Straße, Ort: _____

E-Mail: _____

Notfallruf-Nr.
Erreichbarkeit bei
etwaigen technischen
Problemen: _____

EFN in Barcodeform
für die Teilnehmerliste
der Ärztekammer _____

**Die Zugangsdaten zum Webinar werden zu gegebener Zeit per Mail übermittelt.
Deshalb bitte unbedingt eine E-Mail-Anschrift angeben!**

Aufgrund meiner Anmeldung zu o. g. Veranstaltung bin ich damit einverstanden, dass die BOViTA GmbH meine Daten, die für die Organisation der Veranstaltung erforderlich sind, speichert.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass unter der von mir angegebenen Mailanschrift der Mailverkehr unverschlüsselt erfolgen kann.

Ja Nein

Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der BOViTA GmbH widerrufen kann.

Praxisstempel:

Datum, Unterschrift: _____