

Repetitorium für die amtsärztliche Überprüfung

April bis Oktober 2024

Thema

Termin

Unterrichtszeiten 18.30 – 21.45 Uhr

| | | |
|-----------------------------|----------|----------|
| Verdauung/Stoffwechsel | Dienstag | 30.04.24 |
| Verdauung/Stoffwechsel | Dienstag | 07.05.24 |
| Atmung | Dienstag | 14.05.24 |
| Herz | Dienstag | 21.05.24 |
| Kreislauf | Dienstag | 28.05.24 |
| Hämatologie | Dienstag | 04.06.24 |
| Hämatologie | Dienstag | 11.06.24 |
| Harn- und Geschlechtsorgane | Dienstag | 18.06.24 |
| Endokrinologie | Dienstag | 25.06.24 |
| Neurologie | Dienstag | 02.07.24 |
| Infektionskrankheiten | Dienstag | 09.07.24 |
| Infektionskrankheiten | Dienstag | 16.07.24 |
| Sinnesorgane | Dienstag | 23.07.24 |
| Psychiatrie | Dienstag | 30.07.24 |
| Psychiatrie | Dienstag | 27.08.24 |
| Psychiatrie | Dienstag | 03.09.24 |
| Dermatologie | Dienstag | 10.09.24 |
| Allgemeine Fragen I | Dienstag | 17.09.24 |
| Allgemeine Fragen II | Dienstag | 24.09.24 |
| Allgemeine Fragen III | Freitag | 01.10.24 |

Kosten: € 800,- (725,- Teilnehmer HP-Kurs R. Schaub) 20 Treffen je 4 UST.
Zahlbar in 5 monatlichen Raten zu € 145,00 und 1 Rate zu € 75,00 ab Mai 2024

Bankverbindung: Commerzbank Kassel IBAN:DE80 5204 0021 0274 0082 00
BIC: COBADEFFXXX

Bitte hier abtrennen und abgeben!

ANMELDUNG:

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Prüfungsvorbereitung von April bis Oktober 2024 bei Reinhard Schaub an. Termine und Zahlungsmodalitäten sind mir bekannt.

N a m e V o r n a m e

Adresse..... Tel.....

PLZ..... Ort.....

Datum.....

Unterschrift.....