

ANMELDEFORMULAR

Workshop Rehabilitation nach der Cochlea-Implantation bei Kindern und Erwachsenen

Vorname

Nachname

Institution der Berufsausübung

Rechnungsadresse (Strasse, Hausnummer, Türnummer, Stock)

Postleitzahl, Ort

Tätigkeit als LogopädIn seit

JA NEIN (bitte zutreffendes ankreuzen)

Erfahrung mit Hörtraining vorhanden

Datum, Unterschrift

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Daten und die verbindliche Teilnahme an dem Workshop. Hiermit versichere ich, der Erhebung und der Verarbeitung meiner Daten durch MED-EL freiwillig zuzustimmen.