KPMB e.V.
Kollegium Psychosomatische Medizin Berlin-Brandenburg e.V.

Teilnahmedokumentation

Bitte dokumentieren Sie die Teilnahme an den Veranstaltungen auf diesem Bogen und lassen Sie sich diese durch die Unterschrift der Dozent*innen bestätigen. Der ausgefüllte Bogen gilt als Nachweis über die Teilnahme vor den Weiterbildungsbefugten.

Name, Vorname:	

Datum	Veranstaltung	*Veranstalter*	*Unterschrift Dozent*in* *mit Namen in Druckbuchstaben*

Kollegium Psychosomatische Medizin
Berlin-Brandenburg e.V.
KPMB c/o Praxis Bergander
Grunewaldstr. 58, 10825 Berlin

KPMB e.V.
Kollegium Psychosomatische Medizin Berlin-Brandenburg e.V.

Email: kpmb@web.de
Website: www.kpmb-info.de

KPMB e.V.
Kollegium Psychosomatische Medizin Berlin-Brandenburg e.V.

Teilnahmedokumentation

Name, Vorname:	

Datum	Veranstaltung	*Veranstalter*	*Unterschrift Dozent*in mit Namen in Druckbuchstaben*

Kollegium Psychosomatische Medizin
Berlin-Brandenburg e.V.
KPMB c/o Praxis Bergander
Grunewaldstr. 58, 10825 Berlin

KPMB e.V.
Kollegium Psychosomatische Medizin Berlin-Brandenburg e.V.

Email: kpmb@web.de
Website: www.kpmb-info.de