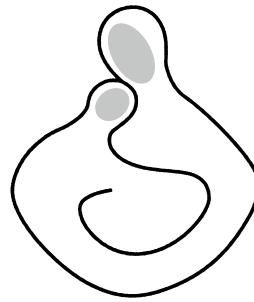


Rücksendung an:



**MAIEUTIKA
H.R. KÖSTER**

Dipl.-Medizinpädagogin

MAIEUTIKA
H. R. KÖSTER
Dipl.-Medizinpädagogin
Brüderstraße 15
42719 Solingen

Fax 0212 – 40 11 346

Anerkannte Fortbildungsveranstaltungen gemäß § 7 HebBO NRW in Solingen

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Termine an (Bitte ankreuzen):

	EUR*		EUR*
<input type="checkbox"/> 01 Ernährung – SS und Stillzeit 14.06.2012, 9.30 – 17 Uhr	94,00	<input type="checkbox"/> 07 Gedeihstörung 20.06.2012, 9.30 – 17 Uhr	94,00
<input type="checkbox"/> 02 Ernährung – 1. Lebensjahr 15.06.2012, 9.30 – 17 Uhr	94,00	<input type="checkbox"/> 08 Empfängnisverhütung 11.05.2012, 14 – 17.30 Uhr	49,00
<input type="checkbox"/> 03 Hygiene – SS und Geburt 21.03.2012, 9.30 – 17 Uhr	94,00	<input type="checkbox"/> 09 Stillen von Frühgeborenen 11.05.2012, 9 – 12.30 Uhr	49,00
<input type="checkbox"/> 04 Hygiene – Wochenbett 22.05.2012, 9.30 – 17 Uhr	94,00	<input type="checkbox"/> 10 Hypoglykämie 26.06.2012, 9 – 12.30 Uhr	49,00
<input type="checkbox"/> 05 Stillberatung – Wochenbett 08.03.2012, 9.30 – 17 Uhr	94,00	<input type="checkbox"/> 11 Neugeborenenikterus 26.06.2012, 14 – 17.30 Uhr	49,00
<input type="checkbox"/> 06 Stillschwierigkeiten 19.04.2012, 9.30 – 17 Uhr	94,00		

*Alle Preise inklusive Skript und Verpflegung

Name / Vorname: _____

Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beruf : _____ Laktationsberaterin IBCLC

Rechnungsempfänger (falls abweichend): _____

Die Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiere sie.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____