

## 2. WORKSHOP KYPHOPLASTIE

Wirbelkörperaufrichtung durch Ballonkyphoplastie

Freitag, 11. Oktober 2013 · 9:00 bis 17:00 Uhr

**Wissenschaftliche Leitung:** Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen

**Direktor:** Univ.-Prof. Prof. h.c. Dr. Dr. Dr. h.c. R. Schnettler

**Referenten:** Prof. Dr. C. Heiß · PD Dr. W. Böcker · Dr. M. Engelhardt

**Veranstaltungsort:** Institut für Anatomie und Zellbiologie · Justus-Liebig-Universität Gießen · Aulweg 123 · 35392 Gießen



# WORKSHOP KYPHOPLASTIE

## Wirbelkörperaufrichtung durch Ballonkyphoplastie

### VERANSTALTUNGSORT

Institut für Anatomie und Zellbiologie  
Justus-Liebig-Universität Gießen  
Aulweg 123 · 35392 Gießen

Beginn: 11. Oktober 2013 9:00 Uhr  
Ende: 11. Oktober 2013 17:00 Uhr  
Kurs Sprache: Englisch

### ORGANISATION

joimax® GmbH, Frau Monika Gensert  
Tel.: 0721 255 14-0  
Fax: 0721 255 14-920  
E-Mail: [education@joimax.com](mailto:education@joimax.com)

### WORKSHOP-GEBÜHR

**250 € pro Teilnehmer** (inkl. gültiger MwSt.)  
Die Kursgebühr beinhaltet Kursmaterial und Verpflegung während des Workshops.

### REFERENTEN UND INSTRUKTOREN

Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen  
Prof. Dr. C. Heiß  
PD Dr. W. Böcker  
Dr. M. Engelhardt

**CME-Punkte  
sind bei der  
LÄK-Hessen  
beantragt.**

#### Schicken Sie die Anmeldung per Fax oder E-Mail zurück:

Fax: 0721 255 14-920 · E-Mail: [education@joimax.com](mailto:education@joimax.com)

Frau

Herr

Titel: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Klinik / Praxis: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Teilnahme an der gewählten Veranstaltung erfolgt im Rahmen einer Fortbildungsmaßnahme. Es liegt keine Beeinträchtigung des Wettbewerbs und/oder gesetzlicher Richtlinien vor. Ich akzeptiere hiermit die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der joimax® GmbH ([www.joimax.de/de/aerzte/education/workshop\\_allgemeinegeschaeftsbedingungen.php](http://www.joimax.de/de/aerzte/education/workshop_allgemeinegeschaeftsbedingungen.php)) und melde mich verbindlich für den Workshop an.

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Zahlungskonditionen:** Zahlung per Vorkasse vor Kursbeginn. Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie eine Rechnung.

#### Bankverbindung:

##### Sparkasse Karlsruhe

BLZ: 660 501 01 · Konto-Nr.: 109211862  
IBAN: DE93 6605 0101 0109 2118 62  
BIC: KARSDE66

##### Commerzbank AG Karlsruhe

BLZ: 660 400 18 · Konto-Nr.: 225522200  
IBAN: DE22 6604 0018 0225 5222 00  
BIC: COBADEFF660