Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

wir möchten Sie recht herzlich zu unserem nächsten Fortbildungsabend **am Mittwoch, 29. Januar 2025** in das **Fortbildungs- und Überweisungszentrum der AniCura Kleintierspezialisten Augsburg** einladen.

**Thema:**

***Anämie, infektiöse Erkrankungen des Blutes und wissenswertes zur Bluttransfusion***

**Referentinnen:**

**Dr. Claudia Schwedes, Dipl. ECVIM-CA, Fachtierärztin für Kleintiere, Fachtierärztin für Innere Medizin der Kleintiere, Zusatzbezeichnung Kleintierkardiologie**

**&**

**Sajedeh Sajadihezaveh, Resident ECVIM-CA**

AniCura Kleintierspezialisten Augsburg GmbH • Max-Josef-Metzger-Str. 9 • 86157 Augsburg

**Programm 29. Januar 2025 ab 19 Uhr: Anmeldung mit kleinem Imbiss**

**Beginn des Vortrages: 19.30 Uhr – ca. 22.30 Uhr**

ATF-Stunden sind beantragt. Kursgebühr je Abend **€ 30** inkl. MwSt.

**Wir freuen uns über Ihre Anmeldung per Fax oder E-Mail.**

Auf ein baldiges Wiedersehen, mit freundlichen Grüßen aus Augsburg,

 Dr. Antje Steinke

**FAXANTWORT – 0821/ 455 900 17**

**E-Mail – augsburg.fortbildung@anicura.de**

**JA,** ich möchte teilnehmen an der Fortbildungsveranstaltung:

**Mittwoch 29. 01. 2025**

**Kursgebühr: € 30 inkl. MwSt.**

***Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen:***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Titel Vorname Nachname

**Wir bitten um Überweisung auf folgendes Konto:**

**Stadtsparkasse Augsburg, IBAN: DE66 3004 0000 0121 7546 01, BIC: COBADEFFXXX
Verwendungszweck: „Fortbildung 29. Januar – Name“**

**BITTE NEUE IBAN BEACHTEN**

**Rechnungsadresse:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Datum, Unterschrift

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
Adresse Tierarztpraxis/Praxisstempel (falls vorhanden)