

# STOA-Medicines



## ANMELDEFORMULAR

Titel:

Name:

Vorname:

### **Adresse:**

Strasse:

PLZ + Ort:

Land:

Telefon (professionel):

Mobil:

Email:

Diplomiert an der tierärztlichen Universität:

Jahr des Diploms:

### **Anmeldung für den Kurs mit dem Titel:**

Datum des Kurses

**Datum + Unterschrift:**

*Bitte senden (ausgefüllt und unterschrieben) an:*

*per Mail:*      **contact.stoamedicines@gmail.com**

*oder*

*per Post:*    **STOA-Medicines**, Rue du Vieux Chalet 24, CH-1635 La Tour-de-Trême

Bankverbindung:

Banque Raiffeisen Moléson

Konto in CHF: IBAN: CH80 8012 9000 0095 0117 2

Konto in Euros: IBAN: CH94 8012 9000 0095 0111 4