

# 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:**

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen  
der STOA-Medicines gelesen und akzeptiere sie hiermit

*Bitte senden (ausgefüllt und unterschrieben) an:*

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

*oder*

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