

**Rückantwort**

Frau Prof. Dr. med. B. Mazurek  
Charité Campus Mitte  
Tinnituszentrum  
Charitéplatz 1  
10117 Berlin

**FAX: (030) 450 7 555 009**

**20. Tinnitusposium der Charité – Universitätsmedizin Berlin**

am **Samstag, 8. September 2018** von **10:00 Uhr bis 17:30 Uhr**.

Am Tinnitusposium 2018 nehme ich teil.

Die **Symposiumsgebühren** in Höhe von **€ 150,00** zahle ich **bis zum 1.8.2018** auf das **Konto der:**

**Charité – Universitätsmedizin Berlin**  
**Kto.-Nr.: 15 12 359**  
**BLZ: 120 300 00, Deutsche Kreditbank**  
**IBAN: DE11 1203 0000 0001 5123 59**  
**BIC/Swift: BYLADEM1001**

**Verwendungszweck (Angabe unbedingt erforderlich):**  
**20. Tinnitusposium, IA 210 666 + Name**

**NEU: Workshops finden jeweils von 8:00 – 9:30 Uhr statt.**

- Workshop I à 50 € „Tinnitus: Diagnosis and Treatment“
- Workshop II à 50 € „Hearing Aids“
- Workshop III à 50 € „Cervical Spine and Hearing Impairment“

**Bitte deutlich und in Druckschrift ausfüllen! Vielen Dank**

Name: .....Vorname: .....

Adresse(für Programmversand):.....

Fachrichtung:.....

Tel.: ..... Stempel:

E-Mail: .....

Unterschrift: .....