Anmeldung

Name

Organisation

Telefon

Telefax

E-Mail

Datum, Unterschrift

**Bitte bis spätestens 12.10.2018 zurücksenden an:**

[**gesundheitspolitik@verdi.de**](mailto:gesundheitspolitik@verdi.de)

**oder**

**per Fax unter: 0 6956 3420**