

**Bitte das Anmeldeformular unterschrieben zurücksenden oder faxen (0212/63-6005)!**

Herrn  
Prof. Dr. med. W. J. Randerath  
Krankenhaus Bethanien  
Aufderhöher Str. 169 – 175  
42699 Solingen

**Anmeldeformular**  
**zu unserem Kursangebot**  
**„Das Rauchfrei-Programm“**

Name, Vorname:

---

Geb.-Datum:

---

Strasse, Hausnummer:

---

Stadt:

---

E-Mail-Adresse:

---

Telefon:

---

Krankenkasse:

---

Kurs-Daten:

21.08.2024,	25.09.2024
28.08.2024,	09.10.2024
04.09.2024,	30.10.2024

*Telefontermine und Nachtreffen  
werden während des Kurses vereinbart*

13.11.2024

Uhrzeit:

16.30 Uhr - 18.00 Uhr

Ich möchte an dem angebotenen „Rauchfrei-Programm“  
im Krankenhaus Bethanien  
teilnehmen (bitte ankreuzen)

.....  
Unterschrift des Teilnehmers

**Bitte beachten Sie die Teilnahmebedingungen auf dem beiliegenden Blatt!**