



# CRM Seminar: Tropenmedizin / Medizin in den Tropen

**Aktuelle Themen und Fallbeispiele  
aus der Tropenmedizin**

2-tägiges Seminar am 07./08. November 2020  
in Düsseldorf

Jetzt  
anmelden!



**CRM** Centrum für  
Reisemedizin

# Tropenmedizin / Medizin in den Tropen



## Themenübersicht\*

- Aktuelle Tropenmedizin / Medizin in den Tropen
- Virale hämorrhagische Fieber
- Arthropodenübertragene Viren
- HIV und Tuberkulose in den Tropen
- Lebensbedingungen, Umweltfaktoren, Medizinische Strukturen
- Malaria
- Parasitäre Infektionen
- Fallbeispiele

17 CME Punkte



### Veranstalter

CRM Centrum für Reisemedizin GmbH, Düsseldorf

### Organisation und Anmeldung

CRM Centrum für Reisemedizin GmbH  
Hansaallee 299 • 40549 Düsseldorf  
Tel: 0211/90429-45 • Fax: 0211/90429-98  
E-Mail: [fortbildung@crm.de](mailto:fortbildung@crm.de)

Die Veranstaltung findet am Samstag, den 07.11.2020 von 9.30 Uhr bis 17.30 Uhr und am Sonntag, den 08.11.2020 von 09.00 Uhr bis 17.30 Uhr in Düsseldorf statt.

Der Eingang der Anmeldung wird schriftlich bestätigt.

\*Programmänderungen vorbehalten

## Anmeldung per Fax an 0211/90429-98

### Ich nehme teil!

07./08.11.2020, Tagungsgebühr 435,- € inkl. MwSt. (CRM travel.NET und CRM travel.NET<sup>plus</sup> Mitglieder erhalten 5% Nachlass).

Hiermit melde ich mich verbindlich an (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich bin:  Arzt  Apotheker

Titel, Name, Vorname

Weitere Fortbildungsteilnehmer

Praxis/Apotheke/Firma

Dienstanschrift

Telefon

Telefax

E-Mail

Die fälligen Seminargebühren bitte  in Rechnung stellen  vom Konto abbuchen\*

Firmenbezeichnung/Vorname und Name (Kontoinhaber)

DE \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
IBAN

Kreditinstitut (Name und BIC)

Datum / Unterschrift

### Rechnungsanschrift (falls abweichend)

Anschrift:  Praxis  Apotheke  Firma

Name, Vorname

Praxis/Apotheke/Firma

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen auf [www.crm.de/fortbildung](http://www.crm.de/fortbildung) habe ich zur Kenntnis genommen.



### Newsletter-Anmeldung

Ich möchte den Newsletter CRM spot mit aktuellen Meldungen zu reisemedizinischen Themen sowie Informationen zu Produkten und Dienstleistungen der CRM Centrum für Reisemedizin GmbH und ausgewählter Kooperationspartner aus der Gesundheitsbranche regelmäßig (ca. 4x im Monat) erhalten. Versand und anonyme Auswertung des Newsletters erfolgen über unseren Dienstleister. Ich stimme der Verwendung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten hierfür zu. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, indem ich den Link **Abmelden** am Ende des Newsletters anklicke.

Datum/Unterschrift

E-Mail

Oder melden Sie sich online an unter [www.crm.de/newsletter](http://www.crm.de/newsletter)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZ00000060789

\*SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die CRM Centrum für Reisemedizin GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der CRM Centrum für Reisemedizin GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Eine Anmeldung ist auch Online möglich unter [www.crm.de/fortbildung](http://www.crm.de/fortbildung).

Aktuelle Termine und Informationen zu unseren Produkten und Leistungen finden Sie unter [www.crm.de](http://www.crm.de)



**CRM** Centrum für Reisemedizin