

Rückantwortfax 07761 / 55 66 – 1079

Teilnehmer / Name: 1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Bitte kreuzen Sie an:

Am Workshop **Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit
Diagnostik, Beratung und Begleitung
am 26. Februar 2020, 15:45 – 18:00 Uhr**

- nehme/n ich/wir teil; Anzahl der Teilnehmer ____.
- nehme/n ich/wir nicht teil.

Wir bitten Sie um Rücksendung bis spätestens **24.02.2020**

per Fax **07761 / 5566-1079**

oder per E-Mail an **fortbildung@sigma-zentrum.de**.

Name / Funktion / E-Mail-Adresse

Ihre Fragen zum Thema:

-
-
-