



**Dr. med. Frank Möckel**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Sportmedizin, Chirotherapie  
Im Gewerbepark D50 \* 93059 Regensburg  
Tel.: (0941) 46418-0 \* Fax: 46418-27  
e-mail: info@sportmedizin-moeckel.de

---

### Faxantwort

Dr. med. Frank Möckel  
Im Gewerbepark D 50  
93059 Regensburg

**Fax: (09 41) 4 64 18-27**

**Mail: [info@sportmedizin-moeckel.de](mailto:info@sportmedizin-moeckel.de)**

### Anmeldung zur Fort- und Weiterbildung Sportmedizinische Laktat-Leistungsdiagnostik (nach den Richtlinien der DGSP)

Hiermit melde ich mich mit \_\_\_\_\_ Person(en)

verbindlich zur o. g. Fort- und Weiterbildung, bestehend aus zwei Kursteilen, an.

**Termine 2025:**  **Kursteil 1: 22.-23.03.2025**  **Kursteil 2: 24.-25.05.2025**

(bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Rechnungsadresse:

Name/Titel:	_____	_____
Fachrichtung:	_____	_____
Straße, Hs-Nr.	_____	_____
PLZ, Ort:	_____	_____
Tel.-Nr./Fax:	_____	_____
E-mail:	_____	_____

Mitglied DGSP:  Nein  Ja, Landesverband: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsbescheinigung Sportmedizin Modul 1 notwendig:  Ja  Nein

**Weitere angemeldete Person** (für mehr als 2 Personen bitte neues Formular ausfüllen):

Name: \_\_\_\_\_ Kursteil: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Mitglied DGSP:  Nein  Ja, Landesverband: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Praxisstempel: \_\_\_\_\_

---