

# Anmeldung zur III. Fortbildung Autismus

„ Autismus und komorbide Störungen “

▷ FAX-ANTWORT ◁

06841/16 - 24397

Hiermit melde ich mich zum III. Autismustag der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und des Autismus-Therapie-Zentrums Saar gGmbH verbindlich an.

26.06.2010  
9:00 bis 14:00 Uhr,  
Schlossberg-Hotel  
66424 Homburg/Saar

Name, Vorname:

Adresse/Institut:

Telefon/Telefax:

E-Mail:

Ich werde mit \_\_\_\_\_ Personen teilnehmen.

**Wegen begrenzter Teilnehmerzahl ist eine Anmeldung bis 01.06.2010 dringend erforderlich.**

**Postanschrift:**

Universitätsklinikum des Saarlandes  
Birgit Weber  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie  
Gebäude 90.2  
66421 Homburg/Saar

Tel. 06841/16-24395

Fax. 06841/16-24397

**E-mail: [nebweb@uniklinikum-saarland.de](mailto:nebweb@uniklinikum-saarland.de)**