



**kk**r sachsen

KLINISCHE KREBSREGISTER SACHSEN

Fax an 0375 – 56 99 111

Mail tuz@tumorzentrum-zwickau.de

## **Anmeldung zur 4. Qualitätskonferenz KKR Zwickau 03.11.2021**

Titel Name .....

Klinik/Praxis .....

Ich/wir nehmen mit ..... Personen an der Veranstaltung teil.

Fragen/Anregungen:

.....  
.....  
.....

Themenvorschläge für zukünftige Qualitätskonferenzen:

.....  
.....

Datum

Unterschrift

Stempel

---

**Trägereinrichtung**  
Südwestsächsisches Tumorzentrum  
Zwickau e. V.  
Karl-Keil-Straße 35 · 08060 Zwickau

---

**Vorsitzender** Dr. med. Reinhold Müller  
**Steuernr.** 227/141/02447  
**Registergericht**  
Amtsgericht Chemnitz VR70553  
**IK-Nummer:** 677700024

---

**Bankverbindung**  
Commerzbank Zwickau  
BIC COBADEFFXXX  
IBAN DE45 8704 0000 0255 0697 00