

Anmeldung

11. Arbeitstreffen des Netzwerkes FertiPROTEKT
20. – 21.03.2015 in Dresden

WICARA Kongressorganisation
Gabriele Wickert & José Aranzabal
Amsterdamer Weg 78
44269 Dortmund

Fax 0231-906 24 51

Bitte immer nur eine Person pro Anmeldeformular anmelden.

Zentrum/Klinik:

Straße:

PLZ & Ort:

Titel, Name, Vorname:

E-Mail:

Organisatorische Hinweise

Über die Teilnehmergebühr erhalten Sie eine Rechnung. Nach Zahlungseingang erhalten Sie die schriftliche Anmeldebestätigung.

Gemeinsames Abendessen (*kostenfrei für Teilnehmer*)

Am 20.03.2015 findet ein gemeinsames Abendessen im Carolaschlösschen statt. Bitte melden Sie sich verbindlich an, wenn Sie daran teilnehmen möchten.

Information

Bei Fragen zu dieser Veranstaltung wenden Sie sich bitte an:

WICARA Kongressorganisation, Gabriele Wickert & José Aranzabal

Fon 0231-909 80 23 / Fax 0231-906 24 51 / Mobil 0179-760 82 22 / gabriele.wickert@wicara.de

Ihre Fax-Anmeldung an Fax 0231-906 24 51

11. Arbeitstreffen des Netzwerkes FertiPROTEKT
20.-21.03.2015 in Dresden

Bitte füllen Sie für Ihre Anmeldung das Formular komplett und leserlich aus.

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Jahrestagung an.
85 Euro inkl. MwSt.

Teilnahme am Abendessen am 20.03.2015 (kostenfrei)

Ich bin Referent – Kostenübernahme durch den Veranstalter (außer Leitungsteam FertiPROTEKT)
Ich benötige eine Übernachtung vom/bis: _____

Für die Teilnahmegebühr bitte ich um Zusendung einer Rechnung an folgende Rechnungsanschrift
– nur falls abweichend von oben genannter Anschrift

Titel, Name, Vorname: _____

Zentrum/Klinik: _____

Straße: _____

PLZ & Ort: _____

Eine Anmeldebestätigung erhalten Sie umgehend per Fax, Post oder E-Mail nach Zahlungseingang.

Rücktrittsbedingungen: Bei schriftlicher Stornierung der Teilnahme bis zum 1.3.2015 erstatten wir den Gesamtbetrag abzüglich einer Bearbeitungsgebühr von 20 Euro. Danach ist eine Erstattung nicht mehr möglich. Ersatzweise kann eine andere – durch Sie vermittelte – Person das gebuchte Arrangement wahrnehmen, ohne dass Mehrkosten entstehen.

Ich bestätige die Buchung und erkenne die Anmeldebedingungen an.

Ort, Datum

Unterschrift, (Praxis-) Stempel