

A N M E L D U N G

TEILNEHMER(IN)		
Titel	Vorname	Nachname
Adresse (privat)* Straße*	Postleitzahl*	Ort*
E-Mail Adresse		
Apotheke /Adresse		

Die mit * gekennzeichneten Felder sind für die Anmeldung nicht zwingend erforderlich.
Sie helfen uns aber damit, unser Datenmaterial auf den aktuellsten Stand zu halten. Herzlichen Dank!

Ich melde mich zur Fortbildungsveranstaltung 2018 für Führungspersonen der Österreichischen Krankenhauspharmazie von 04.10. - 06.10.2018 in Anthering/Salzburg verbindlich an.

ANMELDESCHLUSS: 14.09.2018

Zimmer-Reservierung

Zimmer wird benötigt: ja nein

Anreisetag/Datum: _____ Abreisetag/Datum: _____

Ich bin einverstanden, dass im Zuge der Mitgliederverwaltung und um weiterhin Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen erhalten zu können, folgende Daten gespeichert werden: Name, Firmenadresse inkl. E-Mail Adresse, Privatadresse inkl. E-Mail Adresse.
Eine Löschung der Daten erfolgt umgehend nach Einlangen einer Aufforderung zur Löschung an office@kh-pharmazie.at.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte melden Sie sich per e-mail an: **office@kh-pharmazie.at**