

A N M E L D U N G

TEILNEHMER(IN)

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

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 2017 für Führungspersonen
der Österreichischen Krankenhauspharmazie von 28.09. - 30.09.2017 in
Anthering/Salzburg verbindlich an.
ANMELDESCHLUSS: 15.09.2017

Zimmer-Reservierung

Anreisetag/Datum: _____

Abreisetag/Datum: _____

Einzelzimmer Doppelzimmer

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte faxen Sie Ihre Anmeldung/Zimmerreservierung an Frau Teufel-Wiesmeier
Fax: + 43 (0) 662/43211111 oder senden Sie ein E-Mail an:
office@kh-pharmazie.at