

# 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 zum Herbstmeeting 2017 der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie vom 20.-21.10.2017 ins Austria Trend Hotel Park Royal Palace in Wien verbindlich an.

**Anmeldeschluss: 16.10.2017**

### Zimmer-Reservierung:

Zimmer wird benötigt:

20. - 21.10.2017

ja

nein

**ACHTUNG: Zimmerreservierungen nur bis 22.09.2017 möglich!**

Abendessen (20.10.2017)

ja

nein

Mittagessen (21.10.2017)

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte faxen Sie Ihre Anmeldung/Zimmerreservierung an Frau Teufel-Wiesmeier Sieglinde  
Fax: 0662 432111 11 oder senden Sie ein E-Mail an:  
[office@kh-pharmazie.at](mailto:office@kh-pharmazie.at)