

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 zu den **11. Linzer Sommergesprächen** der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie am **11.7. 2019** in Linz **verbindlich** an.
ANMELDESCHLUSS: 27.06.2019

Teilnahme **11.7.2019:** ja nein Abendessen: ja nein

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

Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass im Falle von Fernbleiben Stornierungskosten anfallen und wir ersuchen um Verständnis dass diese weiterverrechnet werden, siehe Programm.