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 zum Herbstmeeting 2023 der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie vom 13.-14.10.2023 ins MAXX Hotel Wien verbindlich an.
ANMELDESCHLUSS: 06.10.2023, bei Hotelzimmerreservierung 11.9.2023

Zimmer-Reservierung:

Zimmer wird benötigt:
13. - 14.10.2023 O ja O nein **ACHTUNG:** **Zimmerreservierungen nur bis Montag 11.09.2023 möglich!**

Teilnahme **13.10.2023:** O ja O nein Abendessen: O ja O nein

Teilnahme **14.10.2023:** O ja O nein Mittagessen: O ja O nein

möchte Mitglied der ÖGKP werden und Einladungen zu FB erhalten O ja O 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.