

A N M E L D U N G

TEILNEHMER(IN)

Titel	Vorname	Nachname

Adresse (privat):

Straße*	Postleitzahl*	Ort*

E-Mail Adresse:	

Apotheke /Adresse:	Apothekerkammer Personalnummer

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 **Frühjahrsmeeting 2024** der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie vom 24.-25.05.2024 MAXX by Steigenberger Hotel, Margaretengürtel- 1050 Wien verbindlich an.

ANMELDESCHLUSS: Mittwoch, 22.05.2024

Zimmer-Reservierung:

Zimmer wird benötigt:

24. - 25.05.2024

ja

nein

ACHTUNG:

Zimmerreservierungen

nur bis 23.04.2024 möglich!

Teilnahme **24.05.2024:**

ja

nein

Abendessen:

ja

nein

Teilnahme **25.05.2024:**

ja

nein

Mittagessen:

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.

Ich bin einverstanden, dass mein Name und meine Apothekerkammern an die FB Abteilung der Apothekerkammer zwecks Einmeldung von FB Punkten gemeldet wird

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.