

# A N M E L D U N G

## TEILNEHMER(IN)

Titel	Vorname	Nachname	
<b>Adresse (privat):</b>			
Straße*		Postleitzahl*	Ort*
<b>E-Mail Adresse:</b>			
<b>Apotheke /Adresse:</b>			

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 1.Fortbildungsveranstaltung im Jahr 2019 der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie vom 25.-26.01.2019 ins Radisson Blu Park Royal Palace Hotel in Wien verbindlich an.

**ANMELDESCHLUSS: 12.01.2019**

### Zimmer-Reservierung:

Zimmer wird benötigt:

25. - 26.01.2019       ja       nein      **ACHTUNG:**      **Zimmerreservierungen  
nur bis 20.12.2018 möglich!**

Teilnahme **25.1.2019:**       ja       nein      Abendessen:       ja       nein

Teilnahme **26.1.2019:**       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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte melden Sie sich per e-mail an: office@kh-pharmazie.at

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