Sollte eine elektronische Anmeldung auf der Homepage www.aahp.at nicht möglich sein:						
		•	_	NI.	C	
F F	X-A N	IVI E L	ט ט	IN	G	
Titel Vorname		ne		1	Nachname	
Straße *	Adresse (privat)	*				
Postleitzahl *	Ort *					
Apotheke *			E-Mail-Adı	resse*	:	
	zeichneten Felder sir					
(Mit dieser Anmeldung stimme ich der Verwendung meiner Daten zur Organisation dieser Veranstaltung zu)						
Ich melde mich für folgende Veranstaltung verbindlich an:						
15. Winterworkshop für Krankenhausapotheker						
Gebro Pharma, Fieberbrunn						
		·				
	06. – 0	08. März 2	020			
Eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Arbeitsgemeinschaft Österreichischer Krankenhausapotheker und der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie						
Ich reise individuell an			ja	[nein	
Ich komme nach Salzburg und nehme den gemeinsamen Bus nach Saalfelden			io	[nein	
den gemensamen bus naci	i Saaileideii		a	l		
Ich benötige ein Zimmer			ja	[nein	
(Hotel Gut Brandlhof, Saalfelden)						
Ich nehme an der Firmenbes	sichtigung					
am Samstag, 07.03.2020 teil		□ ј	а		nein	
(Ort, Datum)			(Unterschrift)			

Bitte mailen Sie Ihre Anmeldung bis spätestens **27. Jänner 2020** an office@kh-pharmazie.at oder melden Sie sich direkt über die Homepage www.aahp.at an.