

# A N M E L D U N G

TEILNEHMER(IN)		
Titel	Vorname	Nachname
Adresse (privat)* Straße*	Postleitzahl*	Ort*
E-Mail Adresse		
Apotheke /Adresse/Telefonnummer		

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 für die Fortbildungsveranstaltung von 15.-17.1.2020 der  
Österreichischen Gesellschaft für KH-Pharmazie im Seminarhotel Retter in Pöllauberg  
verbindlich an. Bei einer Stornierung müssen Stornokosten weiterverrechnet werden  
**ANMELDESCHLUSS: 04.11.2019!!**

## Zimmer-Reservierung

15.1.-17.1.2020

i ja

i nein

**ACHTUNG: Zimmerreservierungen  
nur bis 04.11.2019 möglich!**

Anreisetag/Datum: \_\_\_\_\_

Abreisetag/Datum: \_\_\_\_\_

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](mailto:office@kh-pharmazie.at).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte mailen Sie Ihre Anmeldung/Zimmerreservierung an  
[office@kh-pharmazie.at](mailto:office@kh-pharmazie.at)