

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 2018 der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie vom 19.-20.10.2018 ins Radisson Blu Park Royal Palace Hotel in Wien verbindlich an.

ANMELDESCHLUSS: 12.10.2018

Zimmer-Reservierung:

Zimmer wird benötigt:

19. - 20.10.2018

ja

nein

ACHTUNG: Zimmerreservierungen

nur bis 21.09.2018 möglich!

Abendessen (19.10.2018)

ja

nein

Mittagessen (20.10.2018)

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