

# 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 21.-23.9.2023 im Seminarhotel Ammerhauser in Anthering verbindlich an. Bei einer grundlosen Stornierung müssen Stornokosten weiterverrechnet werden

**ANMELDESCHLUSS: 24.08.2023!!**

## Zimmer-Reservierung

21.9.-23.9.2023

 ja nein

**ACHTUNG: Zimmerreservierungen  
nur bis 15.08.2023 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)