

# 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		Apothekerkammernummer
		P

die Apothekerkammernummer wird zur Meldung der Fortbildungspunkte an die Apothekerkammer benötigt

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 26.-28.9.2024 im Seminarhotel Ammerhauser in Anthering verbindlich an. Bei einer Stornierung können Stornokosten anfallen, die weiterverrechnet werden.

**ANMELDESCHLUSS: 24.08.2024!!**

## Zimmer-Reservierung

26.9.-28.9.2024

 ja nein

**ACHTUNG: Zimmerreservierungen  
nur bis 24.08.2024 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)