

# 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 zu den 9. **Linzer Sommergesprächen** der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie am 6. Juli 2017 in Linz verbindlich an.

Teilnahme am Abendessen:

ja

nein

**Anmeldeschluss: 03.07.2017**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte faxen Sie Ihre Anmeldung an Frau Teufel-Wiesmeier Sieglinde  
Fax: 0662/432 111- 11 oder senden Sie ein E-Mail an:  
[office@kh-pharmazie.at](mailto:office@kh-pharmazie.at)