



Teilnehmerinformationen

Ich, _____ bestätige hiermit die folgenden Informationen in Zusammenhang mit meiner Teilnahme am **XII. Peritonealdialyse Workshop** am **14. – 16. Februar 2019** in **Velbert** (die "Veranstaltung"), veranstaltet durch die Fresenius Medical Care GmbH (sowie alle verbundenen Unternehmen und Tochtergesellschaften nachstehend als „die Gesellschaft“ bezeichnet).

1. Ich bin angestellt bei (Name der Institution):

als (Position)

Straße der Institution: _____

PLZ/Ort der Institution: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

2. In meiner derzeitigen Position bin ich verantwortlich für:

3. Ich habe ein berufliches Interesse an der Veranstaltung teilzunehmen, weil



Teilnehmerinformationen

4. Ich versichere, dass ich die Teilnahme an der Veranstaltung nicht als Anreiz oder Belohnung für Zuweisungen, Verschreibungen, Geschäftsbeziehungen, Zugeständnisse oder behördliche Genehmigungen oder Lizenzen zu Gunsten der Gesellschaft erhalten oder als solche verstanden habe.
5. Nach meinem besten Wissen und Gewissen verletzt meine Teilnahme an der Veranstaltung weder Gesetze und Verordnungen meines Wohn- bzw. Geschäftssitzes noch Richtlinien meines Arbeitgebers.
6. Ich versichere meine Teilnahme und ggfs. die Kostenerstattung ordnungsgemäß zu versteuern.
7. Ich werde die Gesellschaft unverzüglich informieren, sollten vor der Veranstaltung unerwartete Veränderungen zu den in dieser Erklärung abgegebenen Informationen eintreten.
8. Ich bin damit einverstanden, dass die Gesellschaft die folgenden Kosten übernimmt:

[Wird von der Gesellschaft ausgefüllt:]

- Hotelkosten in Höhe von **132,-- EUR** pro Nacht/Zimmer inkl. Frühstück (in Höhe von 16,-- EUR).

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Kosten für die An- und Abreise (Reisekosten), die Ihnen anlässlich der Teilnahme an unserer Veranstaltung entstehen, nicht übernehmen werden.

- Kosten für Bewirtung im Neph. Zentrum in Höhe von ca. 90,-- EUR während der Veranstaltung (Gesamtsumme für 3 Tage).
- Kosten für Abendessen in Höhe von ca. 45,-- EUR pro Abend.

Bitte ankreuzen, falls Rechnungslegung gewünscht

- Ich bin nicht damit einverstanden, dass die Gesellschaft die oben aufgeführten Kosten übernimmt – bitte senden Sie mir eine Rechnung nach der Veranstaltung zu.

[Wird von dem Teilnehmer ausgefüllt und bezieht sich auf die Punkte 5-8:]

- ja
 nein



Teilnehmerinformationen

9. Ich bin damit einverstanden, dass FME das Original dieser Bestätigung zu Geschäftszwecken aufbewahrt.

Bitte senden Sie das Dokument an:

Fresenius Medical Care GmbH, Frau Nina Soldner / Congress Service,
Else-Kröner-Str. 1, 61352 Bad Homburg v.d.H.

Fax: 06172 608 39 2706

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers*

** bei niedergelassenen/selbstständigen Teilnehmern bitte mit Praxisstempel*

**Für die Verwaltungsleitung/Arbeitgeber des Teilnehmers
(falls angestellt)**

Unterschrift und Stempel der Verwaltungsleitung/Praxis

Name

Titel

Fresenius Medical Care GmbH

Ort, Datum

i. V. Silke Bergenthum

i. A. Nina Soldner