



Anmeldung bis zum **15. Januar 2019**

An: **06172 608 39 2706**

**XII. Peritonealdialyse Workshop
für Ärzte
14. – 16. Februar 2019, Velbert**

Name: _____ Vorname: _____

Abteilung: _____

Klinik/Praxis: _____

Klinik/Praxis Anschrift: _____

PLZ / Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

eMail: _____

Der Eigenanteil für diese Veranstaltung beträgt € 200,- inkl. MwSt. und ist nach Anmeldung & Rechnungsstellung fällig.

*Bitte beachten Sie: Mit Anmeldung und Rechnungserhalt sind Sie verbindlich zur Veranstaltung angemeldet. Bei Absagen nach dem **15.01.2019** kann keine Rückerstattung des Eigenanteils erfolgen.*

Adresse des Rechnungsempfängers:

- wie oben abweichende Rechnungsanschrift

1.) Übernachtung im Waldhotel Heiligenhaus

- ja, ich benötige eine Hotelübernachtung (14.-16.02.2019)
 nein, ich werde als Tagesgast an der Veranstaltung teilnehmen
- die Übernachtungskosten zahle ich vor Ort selbst (132,- € pro Zimmer/Nacht inkl. Frühstück)

2.) IPD Visite (Donnerstag, 19:15 Uhr – 20:15 Uhr)

- ich nehme am Donnerstag an der IPD Visite teil
 nein, ich reise später an und/oder komme erst am Freitag

3.) Abendessen

- Ich nehme am Abendessen (**Donnerstag**) teil ja nein
Ich nehme am Abendessen (**Freitag**) teil ja nein
Vegetarier / Vegan ja nein

Eine vollständig ausgefüllte und vom Dienstherrn genehmigte Teilnehmerinformation

- füge ich bei. reiche ich nach.

Organisation:

Fresenius Medical Care GmbH
Nina Soldner / Congress Services
E-Mail: Nina.Soldner@fmc-ag.com

Unterschrift Teilnehmer

Bitte geben Sie, falls vorhanden, Ihre Email-Adresse an, damit wir weitere Informationen per Email versenden können.