



Teilnehmerinformationen

Ich, _____ bestätige hiermit die folgenden Informationen in Zusammenhang mit meiner Teilnahme an **XIII. Peritonealdialyse-Workshop für Ärzte in Velbert, 13. – 15. Februar 2020** (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 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 folgenden im Zusammenhang mit der Veranstaltung entstandenen Kosten von mir selbst oder von meinem Dienstherrn / Arbeitgeber getragen werden:

- Eine Teilnahmegebühr in Höhe von **300,- € zzgl. MwSt. ohne Übernachtung**. Die entsprechende Rechnung muss auf den folgenden Rechnungsempfänger ausgestellt werden:

Name _____

Anschrift: _____

PLZ/Ort: _____

- Kosten für die An- und Abreise inkl. Parkgebühr.



Teilnehmerinformationen

Hotelkosten für die Dauer der Veranstaltung.

Hinweis: Die Gesellschaft stellt ein vorreserviertes Hotelzimmerkontingent im Waldhotel Heiligenhaus, Parkstraße 38, 42579 Heiligenhaus zur Verfügung, aus dem bis zum 13.01.2020 ein Zimmer gebucht werden kann. Es entstehen für die Übernachtung inkl. Frühstück Kosten in Höhe von 132,- € pro Zimmer/Tag. Nach dem genannten Datum gibt die Gesellschaft die nicht in Anspruch genommenen Zimmer an das Hotel zurück. Es steht dem Teilnehmer frei, sich selbst um eine alternative Übernachtungsmöglichkeit zu bemühen.

9. Ich bin damit einverstanden, dass die Gesellschaft die folgenden Kosten übernimmt:

Kosten einer angemessenen Bewirtung i.H.v. ca. 25,- EUR pro Veranstaltungstag.

10. Bei zu geringer Teilnehmerzahl und aus anderen dringenden Gründen, kann die Gesellschaft die Veranstaltung verschieben, absagen oder mit anderen Veranstaltungen zusammenlegen. Dem Teilnehmer steht in diesem Fall ein Rücktrittsrecht zu. Die Teilnahmegebühren werden in diesem Fall vollständig erstattet. Weitergehende Ansprüche, insbesondere auf weitere Kostenerstattung (Aufwendungsersatz) bestehen nicht.

Programmänderungen aus wichtigem Anlass behält sich der Veranstalter vor. Insbesondere ist der Veranstalter berechtigt, in begründeten Fällen (z.B. Krankheit) die Veranstaltung von anderen als den angegebenen Referenten durchführen zu lassen. Der Teilnehmer ist in diesen Fällen insbesondere nicht zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt.



Teilnehmerinformationen

11. Ich bin damit einverstanden, dass FME diese Bestätigung zu Geschäftszwecken aufbewahrt.

Bitte senden Sie diese Teilnehmerinformation an:
Fresenius Medical Care GmbH

Frau Nina Soldner / Congress Services

Else-Kröner-Str.1

61352 Bad Homburg v.d.H.

Faxnummer: **06172 609 39 2706**

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers*

** bei niedergelassenen/selbstständigen Teilnehmern bitte mit Praxisstempel*

Für den Arbeitgeber (die Verwaltungsleitung) des Teilnehmers

Unterschrift und Stempel der Verwaltungsleitung

Name

Fresenius Medical Care GmbH

Ort, Datum

i. V. Silke Bergenthum

i. A. Nina Soldner