

ÖQUASTA SYMPOSIUM 2011

ADRESSE: EVENT SERVICE RS GmbH
Maximilianstrasse 9/3, 6020 Innsbruck
FAX: +43 (0) 512 563598-10 | office@event-service.cc

Für telefonische Rückfragen: +43 (0) 512 563598-0



HIERMIT MELDE ICH MICH AN FÜR (bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | | | |
|--|---|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Symposium 1 29.09.2011: | Neue Antikoagulantien | Vorsitz: Doz. M. Halbmayer, Wien | |
| <input type="checkbox"/> Symposium 2 29.09.2011: | Knochenstoffwechsel | Vorsitz: Prof. A. Griesmacher, Innsbruck | |
| <input type="checkbox"/> Symposium 3 30.09.2011: | Entzündung und Infektion | Vorsitz: Prof. H. Holzmann, Wien | |
| <input type="checkbox"/> Symposium 4 30.09.2011: | Epidemiologie und Screening | Vorsitz: Prof. Th. F. Wienker, Berlin | |
| <input type="checkbox"/>  | Industrie Workshop am 29.09.2011 | | inklusive |
| <input type="checkbox"/> SIEMENS | Industrie Workshop am 29.09.2011 | | inklusive |
| <input type="checkbox"/>  | Industrie Workshop am 30.09.2011 | | inklusive |
| <input type="checkbox"/>  | Industrie Workshop am 30.09.2011 | | inklusive |
| <input type="checkbox"/> Abendveranstaltung am 29.09.2011 | | vegetarisch <input type="checkbox"/> | inklusive |
| <input type="checkbox"/> Ich bringe eine Begleitperson | Nachname*: | Vorname*: | |
| | zur Abendveranstaltung, Unkostenbeitrag | vegetarisch <input type="checkbox"/> | 35,00 EUR |

Die Kosten für die Teilnahme an der Tagung betragen bei Anmeldung bis 30. Juni 2011 EUR 70,- (Frühbucher), ab 01. Juli 2011 EUR 90,-. Die Teilnahmegebühren inkludieren die Symposien, die IVD-Industrie-Workshops sowie die Abendveranstaltung am 29. September 2011 in den SWAROVSKI Kristallwelten | Wattens inklusive Transfer. Gerne organisieren wir Ihr Hotelzimmer in Igls. Bitte verwenden Sie dazu die Möglichkeit der online Registrierung oder kontaktieren Sie uns per email.

ANGABEN ZUM TEILNEHMER

* Eingabe erforderlich

Anrede*/Titel: _____ Nachname*: _____
Vorname*: _____ Nationalität: _____
Geb. Dat.*: ÖAK Nr.*:

Fortbildungs-ID des DFP-Kalender der Österr. Akademie der Ärzte: 454559
DFP Punkte für Labordiagnostik: 14 | DFP Punkte für Allgemeinmediziner: 4

ANSCHRIFT

Firma/Klinik: _____ Abteilung/Institut*: _____
Straße/Nr.*: _____ PLZ/Ort*: _____ Land*: _____

KOMMUNIKATION

Telefon*: _____ Mobil: _____
Fax: _____ E-Mail: _____

ZAHLUNGSART

- Zahlung nach Rechnungslegung
Mit Erhalt der Rechnung wird der Gesamtbetrag unter Angabe des Namens und der Rechnungsnummer überwiesen.
- Zahlung per Kreditkarte VISA MASTERCARD

Karteninhaber: _____
Kartenummer:
Sicherheitscode: *Die letzten 3 Ziffern der Nummer im Unterschriftenfeld auf der Kartenrückseite Ablaufdatum:

Sonstige Bemerkungen: _____
Bitte beachten Sie unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen auf der Homepage www.event-service.cc

DATUM

UNTERSCHRIFT