**ANMELDUNG**

**26. Fortbildungsseminar Handchirurgie der DGH**

Bonn, 22. – 23. Februar 2019

Bitte benutzen Sie jeweils ein Formular pro Person und füllen Sie es direkt am PC oder handschriftlich in Druckbuchstaben aus!

|  |
| --- |
| **Teilnehmer/Teilnehmerin** |
|        |        |       |
| Nachname  | Vorname | Titel |
| **Rechnungsanschrift, Versandadresse** |
|        |
| Institution |  |
|        |
| Abteilung |  |  |
|        |        |        |
| Straße | PLZ, Ort | Land |
|        |        |        |
| fon | fax | e-mail  |

1. KONGRESSTEILNAHME

**a. Fachgebiet** [ ]  Chirurgie [ ]  Intensiv-/Notfallmedizin [ ]  Orthopädie (Schwerpunkt) [ ]  Orthopädie und Unfallchirurgie [ ]  Physikalische und Rehabilitative Medizin [ ]  Plastische und Ästhetische Chirurgie [ ]  Sportmedizin [ ]  Unfallchirurgie (Schwerpunkt)

**b. Spezialgebiete/e** [ ]  Arthroskopie [ ]  Endoprothetik [ ]  Fuß/Sprunggelenk [ ]  Hand [ ]  Hüfte/Oberschenkel [ ]  Kniegelenk [ ]  Knorpeltherapie [ ]  Schulter/Ellenbogen [ ]  Wirbelsäule/Becken

**c. ärztlicher Tätigkeitsbereich** [ ]  Klinik (Forschung/Entwicklung) [ ]  Klinik (medizinische Fachabteilung) [ ]  Praxis (angestellt) [ ]  Praxis (selbstständig) [ ]  Verwaltung (Klinik/Praxis)

**d. Wie sind Sie auf die Veranstaltung aufmerksam geworden?**

 [ ]  E-Mailing/Newsletter [ ]  Facebook/Twitter [ ]  Fachverwandter Kongress [ ]  Fachzeitschrift [ ]  Frühere Teilnahme [ ]  Industrie [ ]  Internet/Suchmaschine [ ]  Kollege/Kollegin/Arbeitgeber [ ]  Med. Fachgesellschaft [ ]  Postversand [ ]  Veranstaltungskalender

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kongressdauerkarte** | **Freitag, 22.02.2019** | **Samstag, 23.02.2019** |
|  | [ ]  **Mitglied DGH**[ ]  **Mitglied DAHTH** | **Nichtmitglied** |  [ ]  **Mitglied DGH**  [ ]  **Mitglied DAHTH**  | **Nichtmitglied** | [ ]  **Mitglied DGH** [ ]  **Mitglied DAHTH** | **Nichtmitglied** |
| **Arzt/Ärztin** | [ ]  225,00 € | [ ]  245,00 € | [ ]  170,00 € | [ ]  190,00 € | [ ]  130,00 € | [ ]  150,00 € |
| **Therapeut/-in** | [ ]  150,00 € | [ ]  170,00 € | [ ]  130,00 € | [ ]  150,00 € | [ ]  115,00 € | [ ]  135,00 € |

\* Nur mit entsprechender Bescheinigung!

2. BEZAHLUNG

[ ] bar

[ ] per SEPA-Lastschrift

|  |  |
| --- | --- |
|        |        |
| IBAN | BIC |

Die Intercongress Gläubiger ID lautet DE15ZZZ 000 004 457 05.

Ihre Mandatsreferenz erhalten Sie mit Ihrer Rechnung/ Buchungsbestätigung.

[ ]  per Kreditkarte

 [ ]  VISA [ ]  Master Card

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |   |
| Kartennummer (XXXX XXXX XXXX XXXX) | gültig bis (XX / XX) | KPN (XXX) |

Ich ermächtige hiermit Intercongress GmbH, den auf der Rechnung ausgewiesenen Betrag von dem benannten Konto durch Lastschrift bzw. Kreditkarte einzuziehen. Bitte beachten Sie unsere Hinweise zum Datenschutz. Gerichtsstand ist Freiburg. Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |

Datum Unterschrift