**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