**ANMELDUNG**

**Sportmedizintage Medical Park Chiemsee**

Bernau/Felden, 28. Juni – 01. Juli 2017

Bitte benutzen Sie jeweils ein Formular pro Person und füllen Sie es in Druckbuchstaben aus!

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

1. KONGRESSTEILNAHME

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

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

**c. ärztlicher Tätigkeitsbereich**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **d. Status** | **Kongress (ohne Modul 5)** | **Kongress (inkl. Modul 5 der DKG)** | **Nur Modul 5 der DKG** |
| Facharzt/Fachärztin | [ ]  330,00 € | [ ]  330,00 € | [ ]  150,00 € |
| Weiterbildungsassistent/-in\* | [ ]  300,00 € | [ ]  300,00 € | [ ]  150,00 € |
| Physiotherapeut/-in\* | [ ]  270,00 € | [ ]  270,00 € | [ ]  120,00 € |
| Mitarbeitende MPC | [ ]  100,00 € | [ ]  100,00 € | - |
| Studierende\* | [ ]  150,00 € | [ ]  150,00 € | [ ]  100,00 € |

\* Nur mit entsprechender Bescheinigung!

2. RAHMENPROGRAMM

**Gesellschaftsabend im Badehaus. Freitag, 30.06.2017, 19:00 Uhr**

 x Teilnehmer/Teilnehmerin pro Person 0,00 €

3. BEZAHLUNG

 **🡪** 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 [ ]  MasterCard

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

**[ ]  Hiermit akzeptiere ich die nachstehenden allgemeinen Geschäftsbedingungen.**

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

Datum Unterschrift