**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