**ANMELDUNG**

**Trauma Update LMU - Schulter und Oberes Sprunggelenk**

München, 13. Oktober 2017

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

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

1. ZUSATZINFORMATIONEN

**a. Fachgebiet/e** [ ]  Chirurgie [ ]  Orthopädie (Schwerpunkt) [ ]  Orthopädie und Unfallchirurgie [ ]  Sportmedizin [ ]  Unfallchirurgie (Schwerpunkt) [ ]  Sonstiges

**b. Spezialgebiet/e** [ ]  Arthroskopie [ ]  Endoprothetik [ ]  Fuß/Sprunggelenk [ ]  Schulter/Ellenbogen

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

2. KONGRESSTEILNAHME

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Arzt/Ärztin** |
| Vortragsprogramm ohne Workshop | [ ]  150,00 € |
| Vortragsprogramm mit Workshop | [ ]  300,00 € |

3. 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