

Medizinische Fortbildungsveranstaltung

IMWI-IMPFWISSEN

Bitte per Fax an:
0621 / 717 66 88 11

Kontaktdaten des/der Interessenten/-in:

Beruf: Apotheker Arzt _____

Titel: _____

Vorname/Name: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgendem Veranstaltungstag an:

Samstag, 12.11.2016: **IMPFWISSEN** aktuell

Teilnahmebedingungen:

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist grundsätzlich **kostenfrei**. Deren Anmeldung gilt verbindlich.

Anmeldestornierung: Können Sie an einem Veranstaltungstag nicht teilnehmen, zu dem Sie sich angemeldet haben, so ist eine kostenfreie Stornierung bis zu 7 Tage vor Veranstaltungsbeginn möglich. Nach diesem Termin fallen Gebühren in Höhe von 50,00 € an, da wir zu diesem Zeitpunkt keine Möglichkeit haben für Ersatz zu sorgen.

Foto-, Film-, Bild- und Tonaufnahmen: Mit der Teilnahme an der Veranstaltung erteilen Sie dem Veranstalter und seinen Medienpartnern ausdrücklich die Genehmigung, Foto-, Film-, Bild-, Ton- und sonstige Aufnahmen zu tätigen und diese in sämtlichen Publikationen für Print, Internet, Funk, Fernsehen und sonstige Medien unentgeltlich zu verwerten.

Datum/Unterschrift: _____

Ich möchte über weitere IMWI-Veranstaltungen informiert werden.

Datum/Unterschrift: _____

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Alles Gute.

