

A N M E L D U N G

TEILNEHMER(IN)

Titel	Vorname	Nachname	
Adresse (privat):			
Straße*		Postleitzahl*	Ort*
E-Mail Adresse:			
Apotheke /Adresse:			Apothekerkammer Personalnummer

Die mit * gekennzeichneten Felder sind für die Anmeldung nicht zwingend erforderlich.

Sie helfen uns aber damit, unser Datenmaterial auf den aktuellsten Stand zu halten. Herzlichen Dank!

Ich melde mich zu den **14. Linzer Sommergesprächen** der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie am **04.7.2024** in Linz **verbindlich** an.
ANMELDESCHLUSS: 27.06.2024

ich bin Mitglied der ÖGKP (20€ Mitgliedsbeitrag/Jahr)

ja

nein

möchte Mitglied werden

ja

nein

möchte kein MG werden, aber Einladungen zu FB bekommen

ja

nein

Teilnahme **04.07.2024:**

ja

nein

Abendessen:

ja

nein

Ich bin einverstanden, dass im Zuge der Mitgliederverwaltung und um weiterhin Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen erhalten zu können, folgende Daten gespeichert werden: Name, Firmenadresse inkl. E-Mail Adresse, Privatadresse inkl. E-Mail Adresse.

Eine Löschung der Daten erfolgt umgehend nach Einlangen einer Aufforderung zur Löschung an office@kh-pharmazie.at.

ich bin einverstanden, dass mein Name und meine Apothekerkammern an die FB Abteilung der Apothekerkammer zwecks Einmeldung von FB Punkten gemeldet wird

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte melden Sie sich per e-mail an: office@kh-pharmazie.at

Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass im Falle von Fernbleiben Stornierungskosten anfallen und wir ersuchen um Verständnis dass diese weiterverrechnet werden, siehe Programm.