

# A N M E L D U N G

## TEILNEHMER(IN)

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

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 zum **Herbstmeeting 2024** der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie vom 11.-12.10.2024 MAXX by Steigenberger Hotel, Margaretengürtel- 1050 Wien verbindlich an.

**ANMELDESCHLUSS: Mittwoch, 04.10.2024**

### Zimmer-Reservierung:

Zimmer wird benötigt:

11. - 12.10.2024

ja

nein

**ACHTUNG:**

**Zimmerreservierungen**

**bitte bis 15.09.2024**

Teilnahme **11.10.2024:**

ja

nein

Abendessen:

ja

nein

Teilnahme **12.10.2024:**

ja

nein

Mittagessen:

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.