Anmeldung per Fax an: 03 41 / 26 82 76 36
als PDF-Dokument per Email an: info@akd-congress.de

akd congress & events
Anke Knote, Kristin Dönitz GbR
Elsterstraße 4
04109 Leipzig

Anmeldung „Radiologie Aktuell“ vom 16. bis 17. Februar 2018 in Leipzig

Teilnehmer (Dienstadresse) - bitte in Blockschrift ausfüllen!

☐ Niedergelassene Ärzte und Chefärzte ☐ Oberärzte, Fachärzte ☐ Assistenzärzte ☐ MTA ☐ Studenten

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Dienstherr/ Praxis: _____

E-Mail: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Zimmerbuchung

ibis Leipzig City**	☐ EZ 70,- € / Nacht inkl. Frühstück
9 Gehminuten zum Gewandhaus	☐ DZ 91,- € / Nacht inkl. Frühstück
InterCityHotel Leipzig****	☐ EZ 89,- € / Nacht inkl. Frühstück
10 Gehminuten zum Gewandhaus	☐ DZ 109,- € / Nacht inkl. Frühstück
Seaside Park Hotel Leipzig****	☐ EZ 103,- € / Nacht inkl. Frühstück
5 Gehminuten zum Gewandhaus	☐ DZ 123,- € / Nacht inkl. Frühstück
Radisson Blu Hotel Leipzig****	☐ EZ 115,- € / Nacht inkl. Frühstück
2 Gehminuten zum Gewandhaus	☐ DZ 135,- € / Nacht inkl. Frühstück

Anreise am:_____ Abreise am:_____

Die Bezahlung des Zimmers erfolgt bei Abreise im Hotel.

Ich benötige kein Zimmer ☐

Anreise:

Die Anreise erfolgt individuell. Reisekosten können von Bracco Imaging Deutschland GmbH leider nicht übernommen werden.

Wichtige Hinweise:

Sollte eine erforderlich werdende Stornierung nicht fristgemäß sein, werde ich die Kosten für bestellte und nicht in Anspruch genommene Zimmer übernehmen.

Bracco ist Mitglied des Vereins Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen e.V. (AKG). Unter Berücksichtigung des dort geltenden Kodex und hinsichtlich der Änderung im Berufsrecht der Ärzte vom 21. Mai 2004 ist uns weder die Einladung noch die Kostenübernahme für Begleitpersonen gestattet. Wir bitten Sie um Verständnis, dass wir deshalb auch keinerlei Reservierungen für Begleitpersonen im Rahmen einer Veranstaltung (z. B. Hotel, Restaurant) für Sie vornehmen können!

Hiermit melde ich mich verbindlich an!

_____ _____

Ort, Datum **Stempel / Unterschrift**

FORTBILDUNG