

Anmeldeformular

18. Österreichisches Osteoporoseforum

27. – 29. Mai 2010, St. Wolfgang

Bitte leserlich, in Druckbuchstaben ausfüllen und bis spätestens **16. Mai 2010** per Mail oder Fax an untenstehende Adresse retournieren:

Wiener Medizinische Akademie
z.H. Christian Linzbauer / Mirjam Uebelhör
Alser Strasse 4, 1090 Wien
Osteoporose2010@medacad.org

Fax: +43 1 407 82 74

PERSÖNLICHE DATEN:

Titel: _____ **Vorname:** _____ **Nachname:** _____

Krankenhaus / Institution: _____

Abteilung: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ **Stadt:** _____ **Land:** _____

Tel: _____ **Fax:** _____

Email: _____

Mitglied ÖGEKM: ja nein

TEILNAHMEGEBÜHR: Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Bei Bezahlung bis:	28. Feb	16. Mai	Onsite
ÖGEKM Mitglieder	<input type="checkbox"/> 85.-	<input type="checkbox"/> 100.-	<input type="checkbox"/> 115.-
Nicht-Mitglieder	<input type="checkbox"/> 150.-	<input type="checkbox"/> 165.-	<input type="checkbox"/> 180.-

(Bitte beachten Sie, dass die angegebenen Tarife nur bei Bezahlung innerhalb der Fristen gültig sind. Bei Bezahlung der Gebühr vor Ort sind die Onsite Gebühren zu bezahlen – Infos unter www.medacad.org/osteoporose2010)

RAHMENPROGRAMM: Bitte Zutreffendes ankreuzen!

		Anzahl Personen	Betrag EUR
Donnerstag, 27. Mai 2010 – Get Together	<i>Keine Gebühr, Anmeldung unbedingt erforderlich, damit wir die Veranstaltung zu Ihrer Zufriedenheit organisieren können.</i>		
Freitag, 28. Mai 2010 – Gesellschaftsabend (Preise inkl. Bootsfahrt, Buffet, Getränke, Musik) <i>Anmeldung unbedingt erforderlich! Die Tickets werden nach dem first come, first serve Prinzip vergeben! Limitierte Teilnehmerzahl!</i>	Preis pro Kongressteilnehmer EUR 15.- (max. 1 TN)		
	Preis pro Begleitperson EUR 55.-		

GESAMTBETRAG	EUR .-
---------------------	----------------------

ZAHLUNGSMODALITÄTEN: Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Ich zahle per:

- Überweisung auf das Kongresskonto (Gebührenfrei für den Empfänger);
"Wiener Med. Akademie, c/o Osteoporose 2010", Kontonummer: 300031 08907, Erste Bank, BLZ: 20111,
BIC: GIBAATWW, IBAN AT 84 20111 300031 08907

- Kreditkarte: VISA Euro/MasterCard Diners Club

Kartennummer: _____

Karteninhaber: _____ **Ablaufdatum:** _____ / _____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____