



## ANMELDUNG

### 1. Frankfurter Tag der Allgemeinmedizin

26. April 2008

zurück an:

Fax-Nr. 069-6301-6428

Johann Wolfgang Goethe-Universität

Institut für Allgemeinmedizin

**Gisela Kassner**

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

Ich bin:

Hausarzt/-ärztin

(Teilnahmegebühr € 50,00 / € 60,00)

Arzthelfer/in / Weiterbildungsassistent/in

(Teilnahmegebühr € 25,00)

**Hiermit möchte ich mich zur o. a. Veranstaltung anmelden.**

(Bitte je Person eine Anmeldung ausfüllen!)

**Ich möchte an folgenden Workshops teilnehmen:**

(Bitte tragen Sie die Nummer der Workshops in die Kästchen ein.)

	<b>1. Priorität</b>	<b>2. Priorität</b>	<b>3. Priorität</b>
10:00 – 11:20 Uhr			
11:40 – 13:00 Uhr			
14:00 – 15:20 Uhr			

Die Workshop-Reservierung wird in der Reihenfolge des Eingangs der Anmeldung wirksam. Wir behalten uns vor, Teilnehmer auf andere als die gewählten Workshops zu verteilen, falls die betreffenden Workshops bei Eingang der Anmeldung bereits ausgebucht sind.

Um Anmeldung wird bis **spätestens 15. März 2008** gebeten. Mit der Anmeldung verpflichten Sie sich, die Teilnahmegebühr spätestens 10 Tage nach Erhalt der Anmeldebestätigung zu überweisen. Eine Bestätigung über die angemeldeten Workshops erhalten Sie nach Eingang der Anmeldung.

**Die Teilnahmegebühr werde ich spätestens 10 Tage nach Erhalt der Teilnahmebestätigung überweisen an:**

Frankfurter Sparkasse

BLZ 500 502 01

Konto-Nummer 37 9999

Verwendungszweck: **KST 859 8948 – Tag der Allgemeinmedizin** (bitte angeben)

**Ich möchte mein Kind zur Betreuung anmelden.**

von ..... Uhr bis ..... Uhr

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_

Praxisstempel
---------------