

## ANMELDUNG

### 2. Frankfurter Tag der Allgemeinmedizin

9. Mai 2009

zurück an:

Fax-Nr. 069-6301-6428

Johann Wolfgang Goethe-Universität  
 Institut für Allgemeinmedizin

**Dr. Jutta Will**

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)
- MFA / Mitarbeiter/in (Teilnahmegebühr €25,00)
- Arzt/Ärztin in Weiterbildung (Teilnahmegebühr €25,00)

Hiermit möchte ich mich zur o. a. Veranstaltung anmelden.  
 (Bitte je Person eine Anmeldung ausfüllen; weitere Bögen unter  
[www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/tda.html](http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/tda.html))

Ich möchte an folgenden Workshops teilnehmen:

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

	1. Priorität	2. Priorität
09:30 – 11:00 Uhr		
11:30 – 13:00 Uhr		
14:00 – 15:30 Uhr		

Eine Vorreservierung der Workshops 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 6. März 2009** gebeten. Mit der Anmeldung verpflichten Sie sich, die Teilnahmegebühr spätestens 10 Tage nach Ihrer Anmeldung zu überweisen. **Die endgültige Reservierung erfolgt unmittelbar nach Eingang der Teilnahmegebühr.** Eine Bestätigung über die angemeldeten Workshops erhalten Sie nach Eingang Ihrer Zahlung.

**Die Teilnahmegebühr werde ich spätestens 10 Tage nach meiner Anmeldung überweisen an:**

Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Frankfurter Sparkasse

BLZ 500 502 01

Konto-Nummer 37 9999

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

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

Praxisstempel