

**ANMELDUNG****5. FEBRUAR 2015****Fax - Antwort****030 - 270 159 49****Einrichtung:**☐**BMVZ-Mitglied**☐**Gast**

Für die Teilnahme wird von BMVZ-Mitgliedern eine Organisations-Pauschale von 27,- € und von Gästen in Höhe von 105,- € (inkl. 7 % MwSt.) erhoben. Die Pauschalen werden dabei je angemeldeter Praxis/MVZ nur einmal in Rechnung gestellt, unabhängig davon, ob die Einrichtung einen oder ggf. mehrere Ärzte/Vertreter anmeldet.

Rechnungsadresse:**Name/Position:****Mailanschrift:**

**Am ‚Regionaltreffen SÜD‘ des BMVZ
in Nürnberg am 5. Februar 2015
von ca. 14:00 Uhr bis ca. 18:30 Uhr
werde ich...**

☐**... teilnehmen.**☐**... wahrscheinlich teilnehmen.**☐**... leider nicht teilnehmen können.****Veranstaltungsort:****Haus eckstein****Burgstraße 1-3****90403 Nürnberg****Veranstalter:****BMVZ e.V.****Schumannstraße 18****10117 Berlin****Telefon: 030 - 270 159 50****Fax: 030 - 270 159 49****E-Mail: *buero@bmvz.de******www.bmvz.de***