

# Anmeldung

11./12. November 2016

Bitte Praxis/Klinik-Stempel oder  
leserlich in Druckbuchstaben:

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon & Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail (wichtig für die Anmeldebestätigung): \_\_\_\_\_

	Arzt	VOP-Mitglied
1. Teilnehmer Vor-und Zuname	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Teilnehmer Vor-und Zuname	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Teilnehmer Vor-und Zuname	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Teilnehmer Vor-und Zuname	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Teilnehmer Vor-und Zuname	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
Teilnahme an der <u>kompletten Tagung</u> (11. und 12. November)	150,00 € pro Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilnahme Tagung am Freitag, 11. November	100,00 € pro Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilnahme Tagung am Samstag, 12. November	100,00 € pro Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Für VOP-Mitglieder wird keine Tagungsgebühr erhoben!**

.....  
Datum und Unterschrift

**Tagungsort:**

**Pullmann Berlin Schweizerhof**

Budapesterstr. 25  
10787 Berlin

Tel.: 030-26 96 0

<http://www.pullmannhotels.com/>

**Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr  
bis zum 28.10.2016 auf folgendes Konto:**

**Kontoinhaber:** VOP Verband operativ tätiger Privatkliniken e.V.

**IBAN:** DE37 200 303 000 135 411 500

**BIC:** CHDBDEHHXXX

**Bank:** Donner & Reuschel, München

**Anmeldungen ...an Johannes Roller:**

 **Fax: 07071 – 36 91 86**

**E-Mail: roller@lorettoklinik.de**