

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