

**Nachname:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Rechnungsadresse:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Ich bin:**

(bitte ankreuzen)

**Assistenzärzt:in in Ausbildung** (seit: \_\_\_\_\_)  
• FAP absolviert – JA (Jahr \_\_\_\_\_)  
• Voraussichtliches Ausbildungsende \_\_\_\_\_

**Fachärzt:in** an der Abteilung / Klinik  
\_\_\_\_\_

**ÖGDV-Mitglied:**  Ja  Nein

**Ich melde mich verbindlich für die Summer School 2024 an:**

Kursbeitrag: EUR 350,-- (als ÖGDV-Mitglied)

Kursbeitrag: EUR 500,-- (als Nicht-ÖGDV-Mitglied)

**Übernachtung:**

Anreise: \_\_\_\_\_ Abreise: \_\_\_\_\_

EZ  Doppelzimmer mit Kolleg:innen \_\_\_\_\_

Ernährung (Unverträglichkeiten): \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

*Durch die Übermittlung Ihrer verbindlichen Anmeldung erwächst noch kein Anspruch auf eine Teilnahme an der Veranstaltung. Diese wird unsererseits gesondert per E-Mail Anfang März bestätigt.*

**Befürwortung durch Abteilungsvorstand:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_