

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:** _____