

ANMELDEFORMULAR

Kopie per Fax (0375) 28 14 04
oder E-Mail an info@skk2017.de

Ich melde mich zur Teilnahme am 10. Sächsischen Krebskongress an

Name / Titel / Vorname

Einrichtung / Firma

Abteilung

Funktion

Straße

PLZ, Ort

Telefon / Fax

E-Mail (wichtig)

Hier bitte ankreuzen:

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Ärzte | 45,00 EUR |
| <input type="checkbox"/> Ärzte (SKG-Mitglieder) | 30,00 EUR |
| <input type="checkbox"/> Pflegekräfte | 25,00 EUR |
| <input type="checkbox"/> Pflegekräfte (SKG-Mitglieder) | 15,00 EUR |

(alle Gebühren inkl. 19% MwSt.)

Datum, Unterschrift