

HP

Eingangsnummer: _____



Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.
 c/o

CMN

Congress Management Neubert
 Tannenwaldstr. 5
 D-81375 München

Fax : +49 (0)89-7277-9623
Fax : +49 (0)89-5795-4339

Bitte füllen Sie dieses Anmeldeformular sorgfältig und gut leserlich aus. Es erleichtert uns die Korrespondenz mit Ihnen und stellt die korrekte Wiedergabe Ihres Namens und Ihrer Adresse sicher.

>Frau >Herr >Dr. >PD >Prof. >Praxis >Klinik >GYN >PÄD >andere _____

Name, Vorname

Institution/Klinik

Straße

PLZ, Ort

Telefon, Fax

E-Mail
 (wichtig für Ihre Anmeldebestätigung)

Teilnehmergebühren - Intensivkurs I

Mitglied der AG* € 595,--¹⁾
 Nichtmitglied € 645,--²⁾

*Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.

Abendlicher Gesprächskreis am Freitag, den 15.10.2010

Für Alle € 37,--³⁾
 (nur bei genügender TN-Zahl)

Zahlungsmodalitäten:

Bitte überweisen Sie den gesamten Betrag auf folgendes Konto: **Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.**, Nationalbank Essen, BLZ: 360 200 30, Konto: 3792978, Verwendungszweck: „Intensivkurs I, Ki-Gyn 2010“ und Name des Teilnehmers; IBAN: DE03 3602 0030 0003 792978, Swift (BIC): NBAG DE 3 E

Eine Stornierung Ihrer Teilnahme ist nur dann möglich, wenn Sie einen Vertreter bis 01.10.2010 nachmelden, der Ihren Kursplatz gegen eine Umschreibungsgebühr von 30,00 Euro übernimmt. Die Kursgebühr kann nicht zurückerstattet werden.

Zahlung per Abbuchungsauftrag:

NUR INNERHALB DEUTSCHLANDS MÖGLICH. Die Anmeldung kann per Fax oder per Post erfolgen:
 Hiermit bitte ich Sie widerruflich, die von der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. für mich bei Ihnen eingehenden Lastschriften zu Lasten meines Girokontos einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung die Lastschrift einzulösen. Für den Fall der Nichteinlösung durch mangelnde Kontodeckung oder fehlerhafte Angaben bei der Bankverbindung verpflichte ich mich, der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. die dadurch entstandenen Kosten zu erstatten.

Bankinstitut _____

BLZ _____

Konto Nr. _____

Kontoinhaber _____

WICHTIGER HINWEIS:

Anmeldungen per Fax werden **akzeptiert** und bestätigt, sofern die Zahlung per Überweisung oder Abbuchungsauftrag erfolgt. Telefonische oder E-Mail-Anmeldungen können **nicht akzeptiert** und **nicht bestätigt** werden. **Anmeldebestätigungen können ausschließlich auf der Basis einer vollständigen Vorauszahlung erfolgen. Ich bestätige die Buchung und erkenne alle o.g. Bedingungen an.**

Zahlung mit Scheck oder Kreditkarte: NICHT MÖGLICH Datum _____ Unterschrift _____

1) Beinhaltet 500 € Teilnahmegebühr im Namen und für Rechnung der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V., umsatzsteuerfrei nach § 4 Nr. 22 a UStG und 95 € Verpflegungspauschale im Namen und für Rechnung von CMN, darin enthaltene USt 15,17 €; 2) Beinhaltet 550 € Teilnahmegebühr im Namen und für Rechnung der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V., umsatzsteuerfrei nach § 4 Nr. 22 a UStG und 95 € Verpflegungspauschale im Namen und für Rechnung von CMN, darin enthaltene USt 15,17 €; 3) Im Namen und für Rechnung von CMN, darin enthaltene USt 5,91 €