

2. STUTTGARTER AORTENTAGE

23. UND 24. SEPTEMBER 2011
LIEDERHALLE - SCHILLERSAAL

KelCon GmbH

Anja Sussann
Liebigstraße 11
63500 Seligenstadt

Tel.: 06182 - 94 666 15
Fax: 06182 - 94 666 44
E-Mail: a.sussann@kelcon.de



REGISTRIERUNGSFORMULAR

Bitte in Druckbuchstaben schreiben

Prof. Priv.-Doz. Dr. Herr Frau

Name _____ Vorname _____

Klinik _____ Abteilung _____

Rechnungsadresse: Privatanschrift Klinikanschrift

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

TAGUNGSGEBÜHR

Gesamtteilnahme 150,- € Teilnahme Student (kostenfrei, gegen Nachweis)

RAHMENPROGRAMM

- Ja, ich nehme an der kostenfreien Abendveranstaltung am 23.09.11 teil.
 Nein, ich werde an der Abendveranstaltung nicht teilnehmen.

HOTELRESERVIERUNG

- Ich benötige ein Hotelzimmer, bitte kontaktieren Sie mich.
 Ich benötige kein Hotelzimmer.

BEZAHLUNG

Hiermit bevollmächtige ich die KelCon GmbH, die unten angegebene Kreditkarte mit dem Gesamtwert der auf diesem Formular gebuchten Leistungen zu belasten. Weiterhin bevollmächtige ich die KelCon GmbH, die Kreditkarte für Folgebelastungen oder -gutschriften zu verwenden.

Visa Eurocard / Mastercard American Express

Nummer _____ Gültig bis _____

Name des Karteninhabers _____

Nach erfolgreicher Belastung Ihrer Kreditkarte gilt die Teilnahme als bestätigt. Bei einer Absage nach Bestätigung berechnen wir eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 10,00. Bei einer Absage ab 4 Wochen vor Kursbeginn ist eine Rückerstattung der Kursgebühr sowie der Hotelkosten ausgeschlossen, eine Ersatzperson kann jedoch benannt werden. Eine kostenfreie Stornierung des Hotelzimmers kann nicht garantiert werden.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die oben genannten Zahlungsbedingungen.

Ort, Datum, Unterschrift