



## Anmeldeformular CAMPUS LYMPHOLOGICUM

Hiermit melde/n ich/wir mich/uns verbindlich zur Fortbildungsveranstaltung an

- Arzt                       Therapeut                       Fachhändler                       Pflegender  
 Medizinproduktberater    Andere Profession

\_\_\_\_\_  
Titel, Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung / des Unternehmens

\_\_\_\_\_  
Straße / Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon / Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Zahlung der Teilnehmerkosten in Höhe von 85 € (pro Person)

- per Rechnung                       per Lastschrift

### Ermächtigung zum Lastschrifteinzug

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den oben genannten Verein einmalig und widerruflich, meine/unsere Fortbildungskosten zu Lasten des unten aufgeführten Kontos bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### An- und Abreisedatum

\_\_\_\_\_  
von

\_\_\_\_\_  
bis

Falls Sie eine Übernachtung benötigen können Sie im „Maingau Hotel“ ein Zimmerkontingent abrufen. EZ: ab 62,00 EUR, DZ ab 92,00 EUR inklusive Frühstück.

Buchungsmöglichkeiten:

Tel: 069-609140, Fax: 069-620790

Email: info@maingau.de

Stichwort: CAMPUS

- Arzt                       Therapeut                       Fachhändler  
 Pflegender            Medizinproduktberater    Andere Profession

\_\_\_\_\_  
Titel, Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung / des Unternehmens

\_\_\_\_\_  
Straße / Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon / Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

- Arzt                       Therapeut                       Fachhändler  
 Pflegender            Medizinproduktberater    Andere Profession

\_\_\_\_\_  
Titel, Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung / des Unternehmens

\_\_\_\_\_  
Straße / Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon / Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

- Arzt                       Therapeut                       Fachhändler  
 Pflegender            Medizinproduktberater    Andere Profession

\_\_\_\_\_  
Titel, Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung / des Unternehmens

\_\_\_\_\_  
Straße / Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon / Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

**85 € pro Person**  
Teilnehmerkosten  
inklusive Speisen &  
Getränke

**Zertifizierung**  
Die Zertifizierung der  
Veranstaltung wurde bei der  
Landesärztekammer Hessen sowie  
bei dem Institut für Qualitätssiche-  
rung und Zertifizierung beantragt.  
Für Therapeuten werden ebenso  
Fortbildungspunkte  
bescheinigt.