

Bitte schicken Sie das komplett ausgefüllte Formular
Per Mail an: service@camfomedics.org , Per Fax an: +49 3212 1234600
Oder Post an: CAMFOMEDICS e.V., Postfach 34 02 13, 45074 Essen

Anmeldeformular für das CAMFOMEDICS Annual Meeting

Hiermit melde ich mich verbindlich für das **29. Deutsch-Kamerunisches Ärztetreffen / CAM** am **30.09.2023** in Düsseldorf an.

Titel / Name / Vorname:

Privatanschrift: Str. /Nr. PLZ/Ort

Beruf / Berufsstätte

Funktion:

Andere Kontaktdaten E-Mail. Tel.

Teilnahmegebühren	Frühbucherrabatt	Tagung	Networking-Dinner (abends)
<input type="checkbox"/> Berufstätige	Bis zum 31.07.23	<input type="checkbox"/> €80,00	<input type="checkbox"/> €50,00
	01.08 – 16.09.23	<input type="checkbox"/> €90,00	<input type="checkbox"/> €50,00
	17.09 – 30.09.23	<input type="checkbox"/> €100,00	<input type="checkbox"/> €50,00
<input type="checkbox"/> Studierende/ Azubis	28.08 – 16.09.23	<input type="checkbox"/> €25,00	<input type="checkbox"/> €25,00
	17.09 – 30.09.23	<input type="checkbox"/> €30,00	<input type="checkbox"/> €50,00
<input type="checkbox"/> Begleitpersonen Gala			<input type="checkbox"/> €50,00

Wichtig: Für Studierende muss der Studierendenausweis vorgelegt werden.

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich CAMFOMEDICS, die Gebühren für die Tagung und Abendveranstaltung:

+ einer Spende ____ , _ € Sowie: bzw. Sponsoring Studententeilnahme ____ €

Insgesamt in Höhe von schriftlich:Euro/ (_ _ _ , -- €)

Kontoinhaber:

BIC..... IBAN: _____
von meinem Konto einzuziehen.

Ort/ Datum/Unterschrift:

Oder überweisen an: IBAN: DE88 3006 0601 0008 7547 64 BIC: DAAEDEDXXX

Deutsche Apotheker u. Ärztebank, Stichwort: **CAM2023 Tagungsgebühren**

Hotelvorschläge in der Nähe	Entfernung	Kontakt
Hilton Hotel Düsseldorf****	0,0 km	+49 211 43770
Radisson Blu Conference Hotel****	650 m	+49 211 45530
Hotel ALEKSANDRA	800 m	+49 211 470650
Mercure Hotel Düsseldorf Zentrum***	2,4 km	+49 211 948530

Tagungshotline: Tel. **+49 157-39 465 668** für Rückfragen, service@camfomedics.org