



# Registrierungsformular 30. Jubiläum

Bitte schicken Sie das komplett ausgefüllte Formular

Per Mail an: [service@camfomedics.org](mailto:service@camfomedics.org) , Per Fax: +49 3212 1234600

## Veranstaltungsinformationen

**Veranstaltungsname** 30. Interdisziplinäres Symposium

**Datum** 05.10.2024 **Uhrzeit** 09:00 – 17:00

**Ort** Hannover

Hiermit melde ich mich verbindlich für das 30. Interdisziplinäre Symposium am 05.10.2024 in Hannover an.

**Titel/Name** \_\_\_\_\_

**Privatanschrift** \_\_\_\_\_

**E-Mail + Tel** \_\_\_\_\_

**Beruf/Berufsstätte** \_\_\_\_\_

**Funktion** \_\_\_\_\_

## Teilnahmegebühren

Kategorien	Frühbucherrabatt	Tagung	Networking-Dinner (abends)
Berufstätige (Mitglied)	<i>Bis zum 14.07.2024</i>	€80	€50
	<i>15.07. – 31.08.2024</i>	€90	€50
	<i>Ab dem 01.09.2024</i>	€100	€50
Berufstätige (Ohne Mitgliedschaft)	---	€150	€50
Studierende	---	€25	€50

Hiermit bestätige ich, dass der Betrag in Höhe von..... + eine Spende/Sponsoring für Studententeilnahme in Höhe von ..... vor dem **04.10.2024** überwiesen wird.

**IBAN: DE88 3006 0601 0008 7547 64**

**BIC: DAAEDEDXXX**

**Deutsche Apotheker u. Ärztebank**

**Stichwort: Tagungsgebühren CAM2024**

### Wichtige Information

Für Studierende muss der Studierendenausweis vorgezeigt werden!

Tagungshotline: Tel. **+49 157 39 465 668**

