Bitte schicken Sie das komplett ausgefüllte Formular bis zum **04.09.2022**

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 die Präsenzveranstaltung**

Hiermit melde ich mich verbindlich für das **28. Deutsch-Kamerunische Ärztetreffen** / **CAMFOMEDICS-Tagung** am 01.10.2022 in Mannheim an.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titel / Name / Vorname:** |  |  |
| **Privatanschrift:** | Str. /Nr.  | PLZ/Ort |
| **Beruf / Berufsstätte** |  |  |
| **Funktion:** |  |  |
| **Andere Kontaktdaten** | E-mail. | Tel.  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Teilnahmegebühren** |  | **Tagung** | **Networking-Dinner(Abends)** |
| **□Berufstätige** |  | **□€100,00** | **□€25,00** |
| **□Studenten/ Nicht Berufstätige** |  | **□€25,00** | **□€25,00** |
| **□Begleitpersonen** |  **□€50,00** |

**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: DAAEDEDDXXX**

**Deutsche Apotheker u. Ärztebank, Stichwort: Mannheim2022 Tagungsgebühren**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hotelvorschläge in der Nähe** | **Entfernung** | **Kontakt** |
| **Dorint Kongresshotel Mannheim\*\*\*\*****BoardingHouse\*\*\*\*****Hotel Kurpfalzstuben\*\*\*\*****InterCityHotel Mannheim\*\*\*\***  | 0,0 km500 m1,3 km1,6 km | +49 0621 12510+49 0621 39740039+49 0621 1503920+49 0621 4018110 |