

ANMELDUNG

27. Jahrestagung der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.

Freitag, 29. November und Samstag, 30. November 2024

Martinushaus ■ Treibgasse 26 ■ 63739 Aschaffenburg ■ <https://www.martinushaus.de>



E-Mail: gs@fachgesellschaft-reisemedizin.de

Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.
Graf-Adolf-Straße 69
40210 Düsseldorf

- Gleichzeitig beantrage ich die Mitgliedschaft in der DFR einschließlich des Bezugs der Fachzeitschrift Flug-, Tropen- und Reisemedizin zu den auf der Webseite dargestellten Bedingungen zum Mitgliedsbeitrag von z.Zt. 120 €/Jahr: <https://www.fachgesellschaft-reisemedizin.de/Mitgliedschaft> (als Mitglied zahle ich nur den Mitgliederpreis)**

Hiermit melde ich mich an:

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Freitag und Samstag (29.11 - 30.11.2024) | ___ Mitglied 195 € | ___ Nichtmitglied 245 € |
| <input type="checkbox"/> nur Freitag (29.11.2024) | ___ Mitglied 95 € | ___ Nichtmitglied 120 € |
| <input type="checkbox"/> nur Samstag (30.11.2024) | ___ Mitglied 125 € | ___ Nichtmitglied 150 € |
| <input type="checkbox"/> Stadtrundgang/Abendessen Freitag | ___ 49 € | Stornierungskosten |
| <input type="checkbox"/> interaktiver Workshop für Ärztinnen und Ärzte
Freitag, von 9-12 Uhr „Workshop zu aktuellen Themen der Reisemedizin“
Vor Anmeldung erbeten, bitte Problemstellung mitbringen (keine ausgearbeiteten Fälle) | ___ kostenlos | bis 2 Monate vor Anreise 0%
bis 1 Monat vor Anreise 25%
bis 2 Wochen vor Anreise 50%
bis 2 Tage vor Anreise 100% |

In den Tagungsgebühren sind Tagungsgetränke, Begrüßungsbiss und Kaffeepausen sowie Mittagessen am Samstag enthalten.

.....
Name Vorname Titel

.....
Dienststelle

.....
Straße/Hausnr. PLZ/Ort

.....
Telefon E-Mail

Zahlung per Überweisung per Lastschrift*

*SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Gläubiger Identifikationsnummer der DFR: DE26ZZ00000493231

Kontoinhaber

IBAN DE _ _ _ _ _

Kreditinstitut

- die Bankverbindung liegt der DFR-Geschäftsstelle vor

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Mit der Verwendung der oben angegebenen Daten durch die Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V. erkläre ich mich hiermit einverstanden.

.....
Ort, Datum, Unterschrift