ANMELDUNG
30. Jahrestagung
der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.

Samstag, 18. September und Sonntag, 19. September 2027
Steigenberger Hotel Petersberg ■ Petersberg ■ 53639 Königswinter ■
www.grandhotel-petersberg.steigenberger.de

Deutsche Fachgesellschaft für REISEMEDIZIN e.V. German Society for Travel Medicine

E-Mail: gs@fachgesellschaft-reisemedizin.de Frühbucher bis 31.12.2026

Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.
Ottobrunner Straße 28
82008 Unterhaching

Hiermit melde ich mich an:

❑ **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)**

❑ Samstag und Sonntag (18.09. - 19.09.2027)	__Mitglied 255 €	__Nichtmitglied 299 €
❑ nur Samstag (18.09.2027)	__Mitglied 155 €	__Nichtmitglied 180 €
❑ nur Sonntag (19.09.2027)	__Mitglied 185 €	__Nichtmitglied 210 €

❑ Abendveranstaltung am Samstag inkl.:
- Feierlicher Sektempfang zum 30-Jahre-Jubiläum
- Führung zur Geschichte des ehemaligen Regierungshotels
- Jubiläums-Galadinner __135 €

❑ interaktiver Workshop __kostenlos
Samstag, von 9-12 Uhr „'Workshop zu aktuellen Themen der Reisemedizin“
(Voranmeldung erbeten, bitte ggf. Problemstellung oder Fälle mitbringen)

In den Tagungsgebühren sind Tagungsgetränke, Begrüßungsimbiss und Kaffeepausen sowie Mittagessen am Sonntag enthalten.

.....
Name Vorname
Titel.....

Dienststelle.....

Straße/Hausnr.....PLZ/Ort.....

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: DE26ZZZ00000493231

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