

ANMELDUNG

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

16. bis 18. September 2021 in Bremerhaven

ATLANTIC Hotel Sail City ■ Am Strom 1 ■ 27568 Bremerhaven
Klimahaus ■ Bremerhaven

Deutsche Fachgesellschaft für



REISEMEDIZIN e.V.
German Society for Travel Medicine

E-Mail: gs@fachgesellschaft-reisemedizin.de

An die
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. 90 €/Jahr: www.fachgesellschaft-reisemedizin.de (als Mitglied zahle ich nur den Mitgliederpreis)

Hiermit melde ich mich verbindlich an:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Donnerstag, Freitag und Samstag | <input type="checkbox"/> Mitglied 260 € ■ <input type="checkbox"/> Nichtmitglied 300 € * |
| <input type="checkbox"/> Freitag und Samstag | <input type="checkbox"/> Mitglied 190 € ■ <input type="checkbox"/> Nichtmitglied 230 € * |
| <input type="checkbox"/> nur Donnerstag, 16.09.2021 | <input type="checkbox"/> Mitglied 80 € ■ <input type="checkbox"/> Nichtmitglied 90 € * |
| <input type="checkbox"/> nur Freitag, 17.09.2021 | <input type="checkbox"/> Mitglied 90 € ■ <input type="checkbox"/> Nichtmitglied 110 € * |
| <input type="checkbox"/> nur Samstag, 18.09.2021 | <input type="checkbox"/> Mitglied 110 € ■ <input type="checkbox"/> Nichtmitglied 150 € * |
| <input type="checkbox"/> Abendessen am Freitag | Festbetrag 60 € (Getränke inkl.) |
| <input type="checkbox"/> interaktiver Workshop für Ärztinnen und Ärzte | kostenlos |
| Freitag, 17.09.2021 von 9.30-12.00 Uhr Workshop zu aktuellen Themen der Reisemedizin | |
| Vor Anmeldung erbeten, bitte Problemstellungen mitbringen (keine ausgearbeiteten Fälle) | |

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

.....

Name	Vorname	Titel
------	---------	-------

.....

Dienststelle

.....

Straße/Hausnr.	PLZ/Ort
----------------	---------

.....

Telefon	E-Mail
---------	--------

Zahlung per Überweisung (nach Rechnungserhalt) 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

.....

Ort, Datum, Unterschrift

Telefon 0211 520 25 81 ■ Telefax 0211 520 25 83 ■ E-Mail: gs@fachgesellschaft-reisemedizin.de ■ www.fachgesellschaft-reisemedizin.de