

Anmeldeformular 14. GNAST 01. – 02.11.2019

Anmeldungen **per Mail** bis zum **04. Oktober 2019** bitte an:

Gunhild Schickedanz

UM Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen, Telefon 0551/39-62021

Mail: gschickedanz@med.uni-goettingen.de

Titel: _____

Name, Vorname: _____

Klinik _____

Abteilung _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Ärztin/Arzt MTRA

TEILNAHMEGEBÜHR

Hiermit melde ich mich **verbindlich** zum GNAST an. Die Teilnahmegebühr beträgt für Ärztinnen/Ärzte 450,- € / Frühbucher 430,- €, für MTRA 330,- € / Frühbucher 310,- € (1 Übernachtung und Verpflegung inbegriffen).

ZAHLUNG

Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: Universitätsmedizin Göttingen

Bank: Sparkasse Göttingen

IBAN: DE55 2605 0001 0000 000 448

BIC: NOLADE21GOE

Verwendungszweck: Kostenstelle 160 1180, GNAST **Bitte angeben!!**

Datum/Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die genannten Teilnahmebedingungen (siehe Flyer)