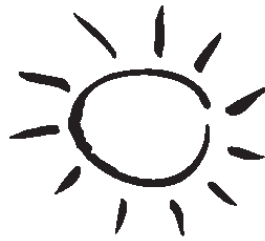


Inter- ventionelle Radiologie



12./13. März 2010

Städtisches Klinikum
Karlsruhe



KelCon GmbH

Kerstin Drach
Liebigstraße 11
D- 63500 Seligenstadt

Tel.: (+49)-61 82 -94 666 -12
Fax: (+49)-61 82 -94 666-44
E-Mail: k.drach@kelcon.de

Registrierungsformular

Dr. Herr Frau

Name

Vorname

Klinik / Firma

Abteilung

Straße/Hausnr. (Klinik)

PLZ (Klinik)

Ort (Klinik)

Telefon (Klinik)

Fax (Klinik)

E-Mail

Ausbildungsstand (bitte ankreuzen)

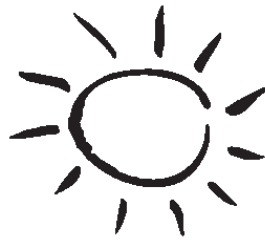
Assistenzarzt/-ärztin in Weiterbildung

_____ Jahre FA-Ausbildung

Facharzt

Position: _____





Registrierungsgebühr

100,00 €

Hotelreservierung

Anreise _____ Abreise _____

EZ 99,00 Euro pro Nacht, inkl. Frühstück (Hotel ist in Laufnähe zum Klinikum)

Späte Ankunft (nach 18.00 Uhr)

Abendveranstaltung

Gerne nehme ich an dem Abendessen am 12.03.2010 teil.

Leider kann ich an dem gemeinsamen Abendessen nicht teilnehmen.

Zahlweise (bitte ankreuzen)

1. Verrechnungsscheck liegt bei

2. Banküberweisung (nach Rechnungsstellung)

3. Kreditkarteneinzug:

Hiermit bevollmächtige ich KelCon GmbH - Keller Congress Organisation die unten angegebene Kreditkarte mit dem Gesamtwert, der auf diesem Formular gebuchten Leistungen zu belasten.

Weiterhin bevollmächtige ich KelCon GmbH die Kreditkarte für Folgebelastungen oder -gutschriften zu verwenden.

VISA

EuroCard/MasterCard

Amex

Nummer

Gültig bis

Name des Karteninhabers

Adresse (falls abweichend von der Adresse auf diesem Formular)

Unterschrift des Karteninhabers