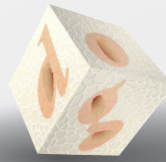


# ANMELDUNG

Deutsche Osteonkologische Gesellschaft



Deutsche  
**Osteonkologische**  
Gesellschaft

**BITTE FÜLLEN SIE DEN ANTWORTBOGEN VOLLSTÄNDIG AUS UND SCHICKEN IHN  
UNTERSCHRIEBEN AN DIE FAX-NR. 030 700 789 5-111.**

Hiermit melde ich mich zum Gründerkongress der Deutschen Osteonkologischen Gesellschaft in  
Wisbaden vom 04.-05. November 2011 an.

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Facharzt, Oberarzt / Chefarzt | 225,00 € |
| <input type="checkbox"/> Arzt in Weiterbildung         | 175,00 € |
| <input type="checkbox"/> MTA's / Studenten             | 125,00 € |

Titel, Name Vorname

Institut

Strasse

PLZ / Ort

Fon / Fax

E-Mail

Zahlungsart:  Lastschrift  Kreditkarte  Rechnung

Bankinstitut

Kontonummer

Kreditkartentyp:  VISA  Mastercard  American Express

Karteninhaber

Kreditkartennummer

Prüfnummer Gültig bis

Hiermit bevollmächtige ich die medical event solutions GmbH widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlung wegen Kongressge-  
bühren bei Fälligkeit zu Lasten meines o.g. Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Ort / Datum

Unterschrift/Stempel

Ihre Registrierungsunterlagen erhalten Sie nach Zahlungseingang. Diese Anmeldung ist verbindlich, aber jederzeit übertragbar. Für die Bearbei-  
tung der Stornierungen, die uns schriftlich bis zum 01.11.2011 an die Adresse des Kongressbüros mitgeteilt werden müssen, erheben wir eine  
Gebühr von 25% des Teilnehmerbetrages. Nach diesem Termin sind eine Stornierung und die Erstattung bereits gezahlter Tagungsgebühren  
nicht mehr möglich. Es wird in jedem Falle der gesamte Teilnahmebetrag fällig.