



Niederrheinisch-Westfälische  
Gesellschaft für  
Gynäkologie und Geburtshilfe

Bitte senden Sie diese Anmeldung in einem Fensterumschlag an:

**medical communications**  
**Kaiserswerther Str. 8**  
**40477 Düsseldorf**

oder per Fax an: **+49 (0)211 – 77 05 89 – 29**

## NWGGG 209. Tagung

**6. – 7. Mai 2010**



# Teilnehmerdaten und Anmeldung

# Zahlungsart

**Niederrheinisch-Westfälische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe – 06. und 7. Mai 2010**

**Bitte pro Formular nur eine Person anmelden.**

Weitere Formulare können Sie unter [www.nwggg.de](http://www.nwggg.de) downloaden oder bei der Kongressorganisation anfordern. Bitte kopieren Sie die Anmeldung vor dem Versand für Ihre Unterlagen.

Bitte mit Blockschrift in Grossbuchstaben vollständig ausfüllen.

Bitte senden Sie uns diese Anmeldung in einem Fensterumschlag oder per Fax an: **+ 49 (0)2 11 / 77 05 89 – 29**

**Sind Sie schon Mitglied der NWGGG? Falls nicht, nutzen Sie die Vorteile und werden Sie jetzt Mitglied. Die Beitrittserklärung stehen Ihnen auch als Download unter [www.nwggg.de](http://www.nwggg.de) zur Verfügung.**

Bitte schicken Sie mir eine Beitrittserklärung zu.

**Nach dem 26. April 2010** ist nur noch eine Anmeldung vor Ort möglich.

**Teilnehmerdaten**

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Vorname  weiblich  männlich

\_\_\_\_\_  
c/o ggf. Klinik

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Nr.

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort  zur Privatanschrift  zur Klinikadresse

Niedergelassen  Klinik  Ruhestand  Anderes: \_\_\_\_\_

**Für Ihre Bestätigung benötigen wir bitte die vollständigen, leserlichen Angaben!**

\_\_\_\_\_  
Vorwahl

\_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.

\_\_\_\_\_  
Fax-Nr.

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse gespeichert und zu Informationszwecken genutzt wird.

**Tagungsgebühren**

209. Tagung NWGGG: 6.–7. Mai 2010

	Mitglied NWGGG	Nicht- Mitglied NWGGG	Gesamt
<input type="checkbox"/> Fachärzte / innen	95,00 €	130,00 €	€
<input type="checkbox"/> Ärzte / innen in der Weiterbildung*	60,00 €	80,00 €	€
<input type="checkbox"/> Nicht-erwerbstätige Ärzte / innen*	60,00 €	80,00 €	€
<input type="checkbox"/> Hebammen* / Entbindungspfleger*	60,00 €	80,00 €	€
<input type="checkbox"/> Studenten / innen*	frei	frei	0,00 €
<input type="checkbox"/> Gastärzte / innen*	frei	frei	0,00 €
* nur mit aktueller Bescheinigung			
<input type="checkbox"/> Teilnehmer der Assistentenumfrage	45,00 €	60,00 €	€

Bitte tragen Sie hier Ihre Fragebogennummer ein \_\_\_\_\_

**Tageskarte** (Pro Tag, nicht bei Teilnahme an der gesamten Tagung)

<input type="checkbox"/> 6. Mai 2010	60,00 €	80,00 €	€
<input type="checkbox"/> 7. Mai 2010	60,00 €	80,00 €	€

**Kurse**

(Die Teilnehmerzahl je Kurs ist begrenzt. Unabhängig von der Tagungsteilnahme buchbar!)

<input type="checkbox"/> <b>K1</b> Grundkurs Impfen	80,00 €	120,00 €	€
<input type="checkbox"/> <b>K2</b> Rationelle Inkontinenzdiagnostik	60,00 €	80,00 €	€
<input type="checkbox"/> <b>K3</b> Mammasonographie	60,00 €	80,00 €	€
<input type="checkbox"/> <b>K4</b> Fetale Echokardiographie	60,00 €	80,00 €	€
<input type="checkbox"/> <b>K5</b> Rationelle Labordiagnostik	60,00 €	80,00 €	€
<input type="checkbox"/> <b>K6</b> Pränatale Ultraschalldiagnostik	60,00 €	80,00 €	€
<input type="checkbox"/> <b>K7</b> Endokrinologische Sprechstunde	60,00 €	80,00 €	€

**Kursüberschneidungen:**

**Achtung! Folgende Kurse finden zeitgleich statt:**

Donnerstag, 06.05.2010	14.30 – 16.00 Uhr	K4 • K5
Freitag, 07.05.2010	16.30 – 18.00 Uhr	K6 • K7

**Festabend** Donnerstag, 06.05.2010 \_\_\_\_ Personen à 45,00 €\* €

**Gesamtbetrag** Tagungsgebühr, Kurse, Festabend €

\* inkl. MwSt.

Bitte wählen Sie nebenstehend die Zahlungsart (S. 29) und bestätigen Sie den Buchungsauftrag mit Ihrer Unterschrift, damit die Buchung erfolgen kann. Vielen Dank!

**Zahlung per Lastschrift**

**NUR INNERHALB DEUTSCHLANDS MÖGLICH.** Die Anmeldung kann per Fax oder per Post erfolgen.

Hiermit bitte ich Sie widerruflich, die von medical communications, Alexandra Kerrinnes, für mich bei Ihnen eingehenden Lastschriften zu Lasten meines Girokontos einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung, die Lastschrift einzulösen. Für den Fall der Nichteinlösung durch mangelnde Kontodeckung oder falsche/unleserliche Angaben verpflichte ich mich, medical communications, Alexandra Kerrinnes, eine zusätzliche Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 15,- pro fehlgeschlagenem Vorgang zu erstatten.

\_\_\_\_\_  
Bankinstitut

\_\_\_\_\_  
BLZ

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Zahlung mit Kreditkarte**

**Bitte ausschließlich** für Teilnehmer, die nicht über eine Bankverbindung in Deutschland verfügen.

Visa  Euro- / Master Card  American Express

\_\_\_\_\_  
gültig bis

\_\_\_\_\_  
Kartennummer

\_\_\_\_\_  
Kartenbesitzer

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Zahlung mit Scheck**

Der postalischen Anmeldung liegt ein Scheck über die Gesamtsumme bei.

**Wichtiger Hinweis:**

**Ja – Anmeldungen per Fax** werden akzeptiert und bestätigt, sofern die Zahlung per Abbuchungsauftrag erfolgt.

**Nein – Telefonische oder E-Mail-Anmeldungen** können nicht akzeptiert werden, ebenso wenig wie Scheckkopien, nicht bestätigte Auslandschecks oder persönliche Auslandsschecks.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Anmeldebestätigungen ausschließlich auf der Basis einer vollen Vorauszahlung erfolgen können.

**Ich bestätige die umseitige Buchung und erkenne die umseitig aufgeführten Allgemeinen Bedingungen an.**

**X**  
\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift