

ANMELDEFORMULAR

Kopie per **Fax (0375) 28 14 04**
oder E-Mail an **info@skk2023.de**

- Ich melde mich zur Teilnahme am 12. Sächsischen
Krebskongress an

Name / Titel / Vorname

Einrichtung / Firma

Abteilung

Funktion

Straße

PLZ, Ort

Telefon / Fax

E-Mail (wichtig)

Hier bitte ankreuzen:

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Ärzte | 45,00 EUR |
| <input type="checkbox"/> Ärzte (SKG-Mitglieder) | 30,00 EUR |
| <input type="checkbox"/> Pflegekräfte | 25,00 EUR |
| <input type="checkbox"/> Pflegekräfte (SKG-Mitglieder) | 15,00 EUR |

(alle Gebühren inkl. 19% MwSt.)

Datum, Unterschrift