

# FISI 2006

13.-14. Oktober 2006  
Universitätsklinikum Frankfurt am Main

## KelCon GmbH

Frau Julia Gabriel  
Eisenbahnstr. 1-3  
63110 Rodgau

Tel: +49- (0) 6106-8444-12  
Fax: +49- (0) 6106-8444-44  
E-Mail: j.gabriel@kelcon.de



## REGISTRIERUNGSFORMULAR (falls Sie mehrere Formulare benötigen, kopieren Sie bitte das Original)

Prof.     Dr.     Herr     Frau

Name, Vorname

Klinik/Firma

Abteilung

Straße

PLZ, Ort

Land

Telefon, Telefax

### E-Mail

**(Bitte geben Sie Ihre E-Mail Adresse für wichtige Informationen an!)**

## REGISTRIERUNGSGEBÜHR

	bis 31.08.06	nach 31.08.06	vor Ort
Ltd. u. niedergelassene Ärzte	<input type="checkbox"/> 130,00 €	<input type="checkbox"/> 160,00 €	<input type="checkbox"/> 190,00 €
Assistenzärzte, Oberärzte	<input type="checkbox"/> 95,00 €	<input type="checkbox"/> 130,00 €	<input type="checkbox"/> 155,00 €
MTRA	<input type="checkbox"/> 45,00 €	<input type="checkbox"/> 60,00 €	<input type="checkbox"/> 70,00 €
Begleitperson, Studenten	<input type="checkbox"/> - €	<input type="checkbox"/> - €	<input type="checkbox"/> - €

## ABENDVERANSTALTUNG

- Gerne nehme ich an der Abendveranstaltung teil /15,00 € pro Person  
 Leider kann ich an der Abendveranstaltung nicht teilnehmen

## HOTELRESERVIERUNG (nach Verfügbarkeit)

Anreiseterrnin

Abreiseterrnin

		EZ	DZ
<input type="checkbox"/> 3***	Ibis Hotel an der Friedensbrücke	<input type="checkbox"/> 75,00 €	<input type="checkbox"/> 85,00 €
<input type="checkbox"/> 4****	InterCity Hotel Frankfurt	<input type="checkbox"/> 83,00 €	<input type="checkbox"/> 98,00 €
<input type="checkbox"/> 5*****	InterConti	<input type="checkbox"/> 150,00 €	<input type="checkbox"/> 173,00 €

(Preise pro Nacht, pro Zimmer, inkl. Frühstück)

- Raucher     Nichtraucher  
 Späte Ankunft (nach 18.00 Uhr)  
 Ich benötige keine Hotelunterkunft über KelCon

## ZAHLWEISE (bitte ankreuzen)

1. Banküberweisung (nach Rechnungsstellung)  
 2. Verrechnungsscheck liegt bei  
 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 die Kreditkarte für Folgebelastrungen oder -gutschriften zu verwenden.

Visa     Eurocard/Mastercard     American Express

Nummer

Gültig bis

Name des Karteninhabers

Adresse (falls abweichend von der Adresse auf diesem Formular)

Unterschrift des Karteninhabers

Erst nach Zahlungseingang innerhalb von 14 Tagen nach Anmeldung gilt die Teilnahme als bestätigt. Bei einer Absage nach Bestätigung berechnen wir eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 50,00 € (20 € bei ermäßigter Gebühr). Bei einer Absage ab 2 Wochen vor Symposiumsbeginn ist eine Rückerstattung ausgeschlossen, eine Ersatzperson kann jedoch benannt werden.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die oben genannten Zahlungsbedingungen