

# FISI 2010

24.-25. September 2010  
Universitätsklinikum Frankfurt am Main



## KelCon GmbH

Frau Regina Uihlein

Liebigstraße 11

63500 Seligenstadt- Deutschland

Tel.: +49- (0) 6182-94666-32

Fax: +49- (0) 6182-94666-44

E-Mail: r.uihlein@kelcon.de

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

Prof.       PD       Dr.       Herr       Frau

Name / Vorname

Klinik / Firma

Abteilung

Straße

PLZ, Ort

Land

Telefon, Telefax

Geburtsdatum

### E-Mail

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

### REGISTRIERUNGSGEBÜHR / ABENDVERANSTALTUNG

	bis 15.08.10	nach 15.08.10	vor Ort
Ltd. u. niedergelassene Ärzte	<input type="checkbox"/> 190 Euro	<input type="checkbox"/> 220 Euro	<input type="checkbox"/> 250 Euro
Assistenzärzte, Oberärzte	<input type="checkbox"/> 150 Euro	<input type="checkbox"/> 180 Euro	<input type="checkbox"/> 200 Euro
MTRA	<input type="checkbox"/> 75 Euro	<input type="checkbox"/> 90 Euro	<input type="checkbox"/> 100 Euro
Studenten	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> frei
Abendveranstaltung	<input type="checkbox"/> 20 Euro	<input type="checkbox"/> 50 Euro	<input type="checkbox"/> 50 Euro

## HOTELRESERVIERUNG (nach Verfügbarkeit)

Anreisettermin

Abreisetetermin

		<b>EZ</b>	<b>DZ</b>
<input type="checkbox"/> 3 ***	Ibis Hotel	<input type="checkbox"/> 89,00 Euro	<input type="checkbox"/> 99,00 Euro
<input type="checkbox"/> 3 ***	Leonardo Hotel	<input type="checkbox"/> 94,00 Euro	<input type="checkbox"/> 109,00 Euro
<input type="checkbox"/> 4 ****	InterCity Hotel Frankfurt	<input type="checkbox"/> 99,00 Euro	<input type="checkbox"/> 114,00 Euro
<input type="checkbox"/> 5 *****	InterContinental Frankfurt	<input type="checkbox"/> 169,00 Euro	<input type="checkbox"/> 189,00 Euro

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

## ZAHLWEISE (Bitte ankreuzen)

- 1. Banküberweisung (nach Rechnungsstellung)
- 2. Verrechnungsscheck liegt bei
- 3. Kreditkarteneinzug:

Hiermit bevollmächtige ich die KelCon GmbH die unten angegebene Kreditkarte mit dem Gesamtwert der auf diesem Formular gebuchten Leistungen zu belasten. Weiterhin bevollmächtige ich die KelCon GmbH die Kreditkarte für Folgebelastungen 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

Bei einer Absage nach Bestätigung berechnen wir eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 50,00 Euro (20,00 Euro bei ermäßigter Gebühr). Bei einer Absage ab 2 Wochen vor Symposiumsbeginn ist eine Rückerstattung ausgeschlossen, eine Ersatzperson kann jedoch benannt werden. Über die Stornofristen des von Ihnen gebuchten Hotels werden Sie mit der Reservierungsbestätigung informiert. Diese Stornofristen sind bindend.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die oben genannten Zahlungsbedingungen