**Anmeldung zum Arzt und Apotheker Dialog**

**Im Rahmen der Gesundheitstage Nordhessen 2017**

Hiermit melde ich u.s. Person für die Teilnahme am **kostenlosen** Arzt und Apotheker Dialog an.

Veranstaltungsdaten: Samstag, 25. März 2017

Kolonnadensaal im Kongress Palais Kassel – Stadthalle

Holger-Börner-Platz 1

34119 Kassel

|  |
| --- |
| Name:  |

|  |
| --- |
| Institution:  |
| Anschrift:  |
| Telefon:  |

|  |
| --- |
| E-Mail:  |

Ich möchte am **kostenpflichtigen** Workshop teilnehmen: [ ]

(mind. Teilnehmer 10 – max. Teilnehmer 25)

Workshopbeitrag € 50,00

(inkl. gesetzlicher Mehrwertsteuer)

Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie eine Rechnung über den **Workshopbeitrag**.

Bei Überweisung ab 10 Werktagen vor Veranstaltungsbeginn bitte Ihren Überweisungsbeleg am

Check-In vorlegen.

Ort, Datum Unterschrift