

# ANMELDEFORMULAR ÖGP - AOD

Gemeinsame Jahrestagung, 1. – 2. Oktober 2010, Graz

Online Anmeldung: [www.ifc.co.at](http://www.ifc.co.at)

per Fax an: +43 -1- 602 25 48 oder per Post an: IFC – Ilona Fuchs Congress, Postfach 6, 1106 Wien

Herr  Frau Titel: .....

Vorname ..... Name .....

FA für .....  Arzt für Allgemeinmedizin

nachfolgende Anschrift:  Spital  Ordination  privat

Abteilung .....

Spital .....

Straße .....

PLZ, Stadt ..... Land .....

Tel.: ..... FAX: .....

E-Mail: .....

## Tagungsgebühren

	bis 3.9. 2010	ab 4.9. 2010	
<input type="checkbox"/> Allgemeine Gebühren	€ 160,00	€ 200,00	.....
<input type="checkbox"/> Mitglieder der AOD/ÖGP	€ 130,00	€ 160,00	.....
<input type="checkbox"/> Ärzte in Ausbildung*	€ 80,00	€ 110,00	.....

\*nur für Ärzte in Ausbildung zum FA für Dermatologie mit schriftlicher Bestätigung des Abteilungsleiters

## Workshops der AOD

- 11.00 – 13.00 Botulinumtoxin & Filler
- 13.30 – 15.30 Plastische Nahttechniken  
(Pig Face – Training)
- 16.00 – 18.00 Lappenplastiken  
(Pig Face – Training)

## Workshops der ÖGP

- 13.30 – 15.30 FCDS für Anfänger
- 13.30 – 15.30 MR-Phlebographie/Phlebographie
- 14.00 – 17.00 Endovenöse Therapie der Stammveneninsuffizienz
- 16.00 – 18.00 FCDS für Fortgeschrittene
- 16.00 – 18.00 Apparative Basisuntersuchungen

## Gebühren pro gebuchtem Workshop

Allgemeine Gebühren	€ 190,00	€ 220,00	x ____ Workshop(s)	.....
Mitglieder der AOD/ÖGP	€ 160,00	€ 190,00	x ____ Workshop(s)	.....
Ärzte in Ausbildung**	€ 100,00	€ 120,00	x ____ Workshop(s)	.....

\*\*gilt nur für Workshops Plastische Nahttechniken und Lappenplastiken

## Abendprogramm limitierte Teilnehmerzahl

„Jazz-Abend“ Freitag, 1.10. 2010, für \_\_\_\_\_ Person(en) á € 25,-

## Gesamtbetrag

€ .....

## Zahlung

- Die Einzahlung/Überweisung auf das Konto „**Phlebo-AOD 2010**“, ERSTE Bank, Konto-Nr.: 2821 8353 301, BLZ: 20111, IBAN: AT752011128218353301, BIC: GIBAATWW  
Bei Auslandsüberweisungen sind eventuell anfallende Bankspesen vom Auftraggeber zu übernehmen.
- Auftrag zur Abbuchung von der Kreditkarte:  MasterCard  Visa

..... / .....  
Kartenummer Ablaufdatum

.....  
Karteninhaber (Blockschrift)

CVV2-Nr. \_ \_ \_  
(die 3 letzten Ziffern auf der Rückseite der Kreditkarte)

Ich habe die **Stornobedingungen** im Programm zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum ..... Unterschrift: .....