

ANMELDUNG ZUM ARPA-HERBSTSYMPOSIUM

9./10. Oktober 2015: Universitätsklinikum Ulm, Hörsaal Innere Medizin Gebäude O 23,
Ebene: Niveau 2, Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm

Name, Vorname, akad. Grad

Straße

PLZ, Ort

Telefon Fax

E-Mail

(Für die Benachrichtigung zu Programmänderungen bitte angeben)

TEILNAHME Symposium am 9./10.10.15 (Pro Formular bitte 1 Person, ggf. kopieren)

Frühbucher
(bis einschl. 30.08.2015)

Mitglied DG PARO	<input type="checkbox"/> € 260,00	<input type="checkbox"/> 310,00 €
Nichtmitglied DG PARO	<input type="checkbox"/> € 320,00	<input type="checkbox"/> 370,00 €
Studenten/-in (Immatrikulationsbescheinigung erforderlich)	<input type="checkbox"/>	20,00 €
Tageskarte Freitag	<input type="checkbox"/>	190,00 €
Tageskarte Samstag	<input type="checkbox"/>	190,00 €
Assistent/-in und DH*	<input type="checkbox"/>	90,00 €

*DG PARO-Mitglied, Ermäßigung bis max. 3 Jahre nach Approbation

Führung durch Ulm mit anschl. Abendessen am 09.10.15

Anzahl Personen _____ à 56,00 €
(Preis inkl. Führung, Speisen und Getränkeauswahl)

ZAHLUNG

Ich ermächtige die ARPA-Wissenschaftsstiftung einmalig Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ARPA-Wissenschaftsstiftung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsempfänger: ARPA-Wissenschaftsstiftung;

GläubigerID: DE90ZZZ00000523701;

Mandatsreferenz: ARPASYMPOSIUM2015

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Strasse/Hs.-Nr.

PLZ/Ort

Kreditinstitut

IBAN _____

BIC _____ / _____

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (arpa-stiftung.de.de) erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

Datum/Unterschrift



ARPA
WISSENSCHAFTSSTIFTUNG

Regenerative Verfahren in der Zahnmedizin

