

Anmeldung

20. Forum Reisen und Gesundheit
im Rahmen der ITB Berlin 2019

Fax: 0211 / 904 29 – 98

Anmeldung auch Online möglich:
www.crm.de/itb2019

Veranstalter

CRM Centrum für Reisemedizin GmbH, Düsseldorf

Organisation und Anmeldung

CRM Centrum für Reisemedizin
Hansaallee 299
40549 Düsseldorf
Tel: 0211 / 904 29 – 45
Fax: 0211 / 904 29 – 98
E-Mail: itb@crm.de

Weitere Informationen unter www.crm.de

Tagungsgebühr

245,- € inkl. MwSt.
(CRM travel.NET und CRM travel.NET^{plus} Mitglieder erhalten
10% Nachlass. Melden sich mehrere Personen aus einer Praxis
oder Apotheke an (gleiche Rechnungsanschrift), erhält die
zweite und jede weitere Person 25% Nachlass)

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Tagungsort

CityCube Berlin
Messedamm 26 / Ecke Jafféstraße
14055 Berlin



Hiermit melde ich mich verbindlich an

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich bin: Arzt Apotheker
 med. Assistenzpersonal tätig in der Touristik

Titel / Vorname / Name

Weitere Fortbildungsteilnehmer

Praxis/Firma/Apotheke

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

Ich möchte den Newsletter CRM spot mit aktuellen Meldungen zu reisemedizinischen Themen sowie Informationen zu Produkten und Dienstleistungen der CRM Centrum für Reisemedizin GmbH und ausgewählter Kooperationspartner aus der Gesundheitsbranche regelmäßig (ca. 4x im Monat) erhalten. Versand und anonyme Auswertung des Newsletters erfolgen über unseren Dienstleister. Ich stimme der Verwendung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten hierfür zu. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, indem ich den Link **Abmelden** am Ende des Newsletters anklicke.

X

Datum/Unterschrift

E-Mail

Oder melden Sie sich online an unter www.crm.de/newsletter

Ich bin CRM travel.NET/CRM travel.NET^{plus} Mitglied

Ich nehme teil

08./09.03.2019 (Tagungsgebühr 245,- € inkl. MwSt., CRM travel.NET und CRM travel.NET^{plus} Mitglieder erhalten 10% Nachlass. Melden sich mehrere Personen aus einer Praxis oder Apotheke an (gleiche Rechnungsanschrift), erhält die zweite und jede weitere Person 25% Nachlass)

Die fällige Tagungsgebühr bitte

in Rechnung stellen ab dem 01.02.2019 vom Konto abbuchen*

Firmenbezeichnung/Vorname und Name (Kontoinhaber)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Kreditinstitut (Name und BIC)

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen. Diese finden Sie unter www.crm.de/agb.

X

Datum / Unterschrift

*SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die CRM Centrum für Reisemedizin GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der CRM Centrum für Reisemedizin GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZ00000060789

Ich möchte CRM travel.NET/CRM travel.NET^{plus} Mitglied werden:
Bitte informieren Sie mich!