

EMAIL: **office@obgam.at** | FAX: **07239 20 471**

VORABENDVERANSTALTUNG: Freitag, 6. März 2020

KONGRESS: Körper und Psyche – eine Symbiose: Samstag, 7. März 2020

Courtyard by Marriott, 4020 Linz

Bitte füllen Sie dieses Formular in Blockbuchstaben aus
und faxen oder senden Sie Ihre Anmeldung an:

OÖ Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

z.Hd. Frau Daniela Druckenthauer-Haider, Peyrerstraße 13, 4201 Gramastetten

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Gebühr an (Teilnahmegebühr inkl. Konsumation):

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Mitglieder der OBGAM (der ÖGAM und ihrer Landesorganisationen) | € 95,00 |
| <input type="checkbox"/> JAMÖ-Mitglieder | € 95,00 |
| <input type="checkbox"/> Nichtmitglieder | € 130,00 |
| <input type="checkbox"/> Turnusärzte | € 60,00 |
| <input type="checkbox"/> Studenten und Pensionisten | € 50,00 |

Zahlungsmodalitäten:

Überweisung auf das Kongresskonto bei der Ärzte- und Apothekerbank

IBAN: AT14 1813 0832 9112 0000 lautend auf OBGAM

Verwendungszweck: OBGAM Frühlingkongress 2020

JA, ich möchte an der Vorabend-Veranstaltung am 6. März 2020 KOSTENLOS teilnehmen

JA, ich möchte am Frühlingkongress am 7. März 2020 teilnehmen

Vorname/Nachname

Straße/ PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Unterschrift

Arztstempel

EMAIL: **office@obgam.at** | FAX: **07239 20 471**

Berufsstress w/ Entspannungsmöglichkeiten

Seminar für ArztassistentInnen:

Samstag, 7. März 2020

Courtyard by Marriott, 4020 Linz

Bitte füllen Sie dieses Formular in Blockbuchstaben aus
und faxen oder senden Sie Ihre Anmeldung an:

OÖ Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

z.Hd. Frau Daniela Druckenthauer-Haider, Peyrerstraße 13, 4201 Gramastetten

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Gebühr an (Teilnahmegebühr inkl. Konsumation):

Mitglieder der BdA

€ 90,00

Nichtmitglieder

€ 110,00

Zahlungsmodalitäten:

Überweisung auf das Kongresskonto bei der Ärzte- und Apothekerbank

IBAN: AT14 1813 0832 9112 0000 lautend auf OBGAM

Verwendungszweck: OBGAM Frühlingkongress 2020

JA, ich möchte an der Fortbildungsveranstaltung teilnehmen

Vorname/Nachname

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

Telefon

Unterschrift