

# ANMELDEFORMULAR

Kopie per **Fax (0375) 28 14 04**  
oder E-Mail an **info@skk2019.de**

- Ich melde mich zur Teilnahme am 11. Sächsischen  
Krebskongress an

---

Name / Titel / Vorname

---

Einrichtung / Firma

---

Abteilung

---

Funktion

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Telefon / Fax

---

E-Mail (wichtig)

## Hier bitte ankreuzen:

- |                                                        |           |
|--------------------------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Ärzte                         | 45,00 EUR |
| <input type="checkbox"/> Ärzte (SKG-Mitglieder)        | 30,00 EUR |
| <input type="checkbox"/> Pflegekräfte                  | 25,00 EUR |
| <input type="checkbox"/> Pflegekräfte (SKG-Mitglieder) | 15,00 EUR |

(alle Gebühren inkl. 19% MwSt.)

---

Datum, Unterschrift