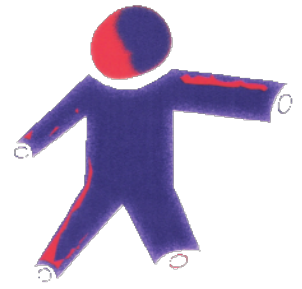


**Verbindliche Anmeldung  
10. Treffen für Patienten - Ärzte - Interessierte  
in Hamburg vom 09.09.-11.09.2022**



Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Ich / Wir kommen: \_\_\_\_\_ Erwachsene und \_\_\_\_\_ Kinder (siehe nächste Seite)

Wir buchen: \_\_\_\_\_ x EZ Standard \_\_\_\_\_ x EZ barrierefrei \_\_\_\_\_ x DZ Standard \_\_\_\_\_ x DZ barrierefrei  
\_\_\_\_\_ x Dreierzimmer \_\_\_\_\_ x Viererzimmer

**Anmeldeschluss: 31. Juli 2022**

(Bitte beachten: nachträgliche Anmeldungen sind nur für Tagesgäste am Samstag möglich.)

Wochenendpauschale (VP incl. Tagungspauschale Samstag) Mitglied: \_\_\_\_\_ x 100,00 € ..... €

Nichtmitglied bis 21 Jahre separates Zimmer: \_\_\_\_\_ x 100,00 € ..... €

Nichtmitglied bis 21 Jahre im Zimmer eines Mitglieds: \_\_\_\_\_ x kostenfrei

Nicht-Mitglieder ab 21 Jahre: \_\_\_\_\_ x 150,00€ ..... €

Tagespauschale Samstag (incl. Mittagsimbiss und Kaffee/Kuchen)

Achtung an der **Tageskasse** nur Barzahlung möglich

Nichtmitglieder ab 21 Jahren: \_\_\_\_\_ x 40,00€ ..... €

Mitglieder & Nichtmitglieder bis 21 Jahren: \_\_\_\_\_ x 25,00€ ..... €

Mitglieder/ Nichtmitglieder bis 18 Jahre: \_\_\_\_\_ x kostenfrei

**Gesamt** ..... €

Ich habe den Betrag am ..... auf das Konto DE72 3506 0386 8708 8400 01 bei der Volksbank Rhein-Ruhr, BIC GENODED1VRR überwiesen.

Falls jemand den Beitrag nicht eigenständig finanzieren kann, melden Sie sich gerne bei uns, um die Optionen zu besprechen.

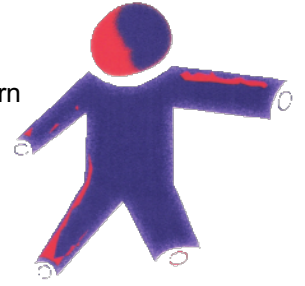
Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Rücksendung der Anmeldung bis zum 31. Juli 2022:**

Email: [anmeldung@angiodysplasie.de](mailto:anmeldung@angiodysplasie.de) oder an Verena Waschulzig, Bachstr.3 in 10555 Berlin

[www.qigong-ostertag.de](http://www.qigong-ostertag.de)

Um Ihre Namenschilder zu drucken und die Kinderbetreuung zu planen, wüssten wir gern Ihre Namen und das Alter der Kinder. Wir würden uns auch freuen, wenn Sie uns mitteilen würden, wer in Ihrer Familie betroffen ist.



Teilnehmende Personen:

Name	Alter (Kinder)	Betroffen (optional)	Vegetarisch	Bemerkungen

Ich möchte gerne die Kinderbetreuung in Anspruch nehmen? Ja  Nein

Themenvorschläge, Fragestellungen und Anregungen:

#### Datenschutz

Alle Daten – Namen, Telefon, E-Mail-Adresse, Vorlieben – werden ausschließlich für die Durchführung und Vorbereitung des Patiententreffens verwendet und anschließend wieder gelöscht. Mit der verbindlichen Anmeldung stimmen Sie dieser zweckgebundenen Speicherung zu.