

wikonect GmbH  
Teilnehmermanagement Pneumologiekongress 2019 München  
e-mail: [pneumologiekongress@wikonect.de](mailto:pneumologiekongress@wikonect.de)  
Tel.: 0611 204 809 0  
Fax: 0611 204 809 10

### Betreff: Anmeldung kostenpflichtiger Kurse

Alle anmeldepflichtigen Kurse und die dazugehörigen Preise finden Sie unter  
[www.pneumologie-kongress.de](http://www.pneumologie-kongress.de)

Bitte tragen Sie Ihre gewünschten Kurse/ Seminare/ Begleitprogramm in die dafür vorgesehenen Felder ein.

#### Mittwoch, 13.03.2019

Name	Uhrzeit	Gebühr

#### Donnerstag, 14.03.2019

Name	Uhrzeit	Gebühr

#### Freitag, 15.03.2019

Name	Uhrzeit	Gebühr

#### Samstag, 16.03.2019

Name	Uhrzeit	Gebühr

Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Teilnehmerart an:

- Mitglied DGP   
Mitglied GPP   
Nichtmitglied

**Rechnungsadresse:**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Organisation/ Klinik/ Praxis: \_\_\_\_\_  
St.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Zahlungsoptionen** (bitte gewünschte Option auswählen):

- Lastschriftverfahren (nicht verfügbar außerhalb Deutschlands)
- Kreditkarte

**Bankverbindung für das automatische Lastschriftverfahren**

Name Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Name der Bank: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BLZ: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_

**Zahlung per Kreditkarte**

Name Kreditkarteninhaber: \_\_\_\_\_  
Kreditkartentyp:  VISA  MasterCard  
Kreditkartennummer: \_\_\_\_\_  
Kartenprüfnummer: \_\_\_\_  
Gültig bis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die kostenpflichtige Buchung des(r) oben genannten Kurse(s) sowie die Zahlung über die ausgewählte Zahlungsoption.

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