

AGAH e.V. Workshop | Freitag, 06. Juni 2014, Bonn

WAS ÄNDERT SICH MIT DER EU-VERORDNUNG ZU KLINISCHEN ARZNEIMITTELPRÜFUNGEN? – VIELE FRAGEN – WELCHE ANTWORTEN?



VERANSTALTUNGSORT

Mercure Hotel Bonn Hardtberg

Max-Habermann-Straße 2 · 53123 Bonn

www.hotel-bonn.org



Arbeitsgemeinschaft für angewandte Humanpharmakologie e.V.
Association for Applied Human Pharmacology

TAGUNGSBÜRO

CSi Hamburg GmbH

Falkenried 88 · 20251 Hamburg

Telefon: +49 40 30770300

Anmeldung bis 23.05.2014 bitte senden an:

Telefax: +49 40 30770301 oder

E-Mail: info@csihamburg.de

Titel Vorname Name		
Firma Institut		
Adresse _____		
PLZ	Stadt	Land
Telefon	Telefax	
E-Mail	<input type="checkbox"/> Übernachtungsbedarf (Bitte Seite 2 beifügen)	

Teilnahmegebühr – ist bitte im Voraus zu entrichten.

- Nichtmitglieder** 500 EUR
- AGAH Mitglieder oder Mitglieder der*** 300 EUR *DGPharMed *DGKliPha
- Nachwuchswissenschaftler** 300 EUR _____ Geburtsdatum
bis zum vollendeten 30. Lebensjahr

Geschäftsbedingungen

Die Teilnahmegebühr versteht sich pro Person, ist gemäß §4 Absatz 22 der deutschen Umsatzsteuergesetzgebung von der Umsatzsteuer befreit und wird im Namen und auf Rechnung der AGAH e.V. (Postfach 10 14 58, 41546 Kaarst | Steuernummer: DE258476120) vereinnahmt. Änderungen behält sich der Veranstalter vor.
Stornierung: Eine Stornierung muss bitte schriftlich erfolgen. Sollte diese bis 16.05.2014 eingehen, werden 50% des Betrages, abzüglich einer Bearbeitungsgebühr von 25,00 EUR erstattet. Eine Erstattung der Teilnahmegebühr bei Stornierung nach dem 16.05.2014 ist nicht möglich. Die Vergütung erfolgt generell nach Ende der Veranstaltung, mit einer Frist von max. 6 Wochen. Ein Ersatzteilnehmer kann selbstverständlich gern benannt werden.

Zahlungsmethode: Überweisung (nach Erhalt der Rechnung und Zahlungsanweisung)

Zahlungsmethode: Elektronisches Lastschriftverfahren (für Konten in Deutschland)
Bitte buchen Sie den oben gekennzeichneten Betrag von folgendem Konto ab:

Kontoinhaber _____ Kreditinstitut _____
IBAN _____ BIC _____

Die oben stehenden Konditionen/ Stornierungs- und Zahlungsbedingungen akzeptiere ich und stimme zu.

Unterschrift / Datum _____

AGAH e.V. Workshop | Freitag, 06. Juni 2014, Bonn

WAS ÄNDERT SICH MIT DER EU-VERORDNUNG ZU KLINISCHEN ARZNEIMITTELPRÜFUNGEN? – VIELE FRAGEN – WELCHE ANTWORTEN?



VERANSTALTUNGSORT

Mercure Hotel Bonn Hardtberg

Max-Habermann-Straße 2 · 53123 Bonn

www.hotel-bonn.org



Arbeitsgemeinschaft
für angewandte
Humanpharmakologie e.V.
Association for Applied
Human Pharmacology

TAGUNGSBÜRO

CSi Hamburg GmbH

Falkenried 88 · 20251 Hamburg

Telefon: +49 40 30770300

Anmeldung bis 23.05.2014 bitte senden an:

Telefax: +49 40 30770301 oder

E-Mail: info@csihamburg.de

Vorname	
Name	
Zimmer	
Limitiertes Kontingent! Buchung auf Anfrage und Verfügbarkeit.	
Mercure Hotel Bonn Hardtberg	Einzelzimmer
Übernachtung im Einzelzimmer inklusive Frühstück	86,00 EUR
Anreise: _____	Abreise: _____
Nächte: _____	
Wünsche/Bemerkungen:	

Die Preise verstehen sich pro Zimmer/Nacht inklusive den genannten Leistungen und der gesetzlichen Umsatzsteuer. Eine Vergabe im Rahmen der für den Workshop zur Verfügung stehenden Zimmerkontingente erfolgt in der Reihenfolge des Eingangs der Hotelanmeldung.

Bitte haben Sie Verständnis, dass eine verbindliche Zimmerbuchung nur möglich ist, sofern Kontingente verfügbar sind und eine erforderliche Garantie per Kreditkarte oder Kostenübernahmeerklärung vorliegt. (Eine Abbuchung erfolgt nur im Fall einer kostenpflichtigen Stornierung oder Nicht-Anreise.) Die Zahlung der Übernachtungskosten sowie evtl. zusätzlicher Nebenleistungen erfolgt direkt im Hotel.

Sie erhalten eine schriftliche Bestätigung Ihrer Buchung. Jede Änderung oder Stornierung bedarf der Schriftform.

Der Gast erklärt sein Einverständnis, dass eine kostenfreie Stornierung bis 09.05.2014 erfolgen kann. Anschließend werden 60% der Übernachtungskosten-; bei Stornierung ab dem 30.05.2014 – 80% der Übernachtungskosten durch das Hotel berechnet.

Ich garantiere meine Hotelbuchung mit den folgenden Kreditkartendetails:

Visa Euro / MasterCard American Express

Kreditkartennummer _____ Gültig bis ____ / ____

Karteninhaber: _____

Oder per schriftlicher Kostenübernahmeerklärung. (Bitte separat senden!)

Ich stimme den Stornierungs- und Zahlungsbedingungen zu.

Unterschrift / Datum _____