

VDB-PHYSIOTHERAPIEVERBAND

Landesverband Ost e.V.

Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen
in der Physiotherapie



Rückantwort an:

VDB-Physiotherapieverband
Landesverband Ost e.V.
Annaberger Straße 145
09120 Chemnitz

per Fax: 0371/ 54 30 85 41
E-Mail: lv-ost@vdb-physiotherapieverband.de

ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich und folgende Personen verbindlich an:

	Name, Vorname	Mitgliederversammlung (bei Teilnahme bitte ankreuzen)	Abendveranstaltung (bei Teilnahme bitte ankreuzen)
1.			
2.			
3.			
4.			

Ich nutze die Möglichkeit einer Übernachtung ja / nein
Weitere Informationen finden Sie auf der Rückseite.

Wir bitten um Überweisung der Teilnahmegebühr in Höhe von 35,00 EUR (Mitglieder) bzw. 50,00 EUR (Nichtmitglieder) pro Person auf folgendes Konto:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Filiale Dresden
IBAN: DE42 3006 0601 0006 4692 05
BIC: DAAEDEDXXX

Mit Eingang des Betrages ist die Teilnahme bestätigt.

Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Bitte beachten Sie den Anmeldeschluss am 06.03.2018!

ÜBERNACHTUNGSMÖGLICHKEIT

Uns steht ein Kontingent bis zum **09.02.2018** zu Verfügung. Schnell sein lohnt sich also!

Aus folgenden Varianten können Sie wählen:

V1	Ferienwohnung „Tenne“	1 Doppelzimmer	85,00 Euro ohne Frühstück
V2	Hotel „Zur Schiffsmühle“	1 Doppelzimmer	95,00 Euro mit Frühstück

Hinweis zu Variante 1: Die Ferienwohnungen haben mehrere abgetrennte Schlafzimmer, so dass eine individuelle Nutzung möglich ist. Sie liegt unmittelbar an der Denkmalschmiede und kann zu Fuß erreicht werden. Ein Frühstück kann auch in der Denkmalschmiede bestellt werden. Kosten 12,50 Euro pro Person.

Hinweis zu Variante 2: Das Hotel liegt ca. 2 km von der Denkmalschmiede entfernt. Wir empfehlen einen frühen Check-In im Hotel und dann bei schönem Wetter einen Spaziergang zum Tagungsort. Wir werden jedoch auch einen Shuttle-Service einrichten, der Sie vom Hotel abholt und auch am späteren Abend wieder zurückfährt. Bitte informieren Sie uns, wenn Sie den Shuttle-Service nutzen möchten.

Ich buche verbindlich folgende Übernachtungsmöglichkeit:

V1 _____ Frühstück: ja / nein
Name, Vorname

_____ Frühstück: ja / nein
Name, Vorname

V2 _____
Name, Vorname

Name, Vorname

Nutzung Shuttle-Service: ja / nein

Datum

Unterschrift

Praxisstempel