

**Mitgliederversammlung 2018, 13.-14.04.2018,  
Hotel Am Burgholz, Tabarz**

Bitte Rückmeldung bis 10.01.2018 an:

E-Mail: sepsis@med.uni-jena.de oder  
Fax: 03641-934769 oder  
Post: Deutsche Sepsis-Hilfe e.V., Am Klinikum 1, 07747 Jena



**Hiermit melde ich mich verbindlich zur Mitgliederversammlung an.**

Ich/wir nehmen mit \_\_\_\_ Personen teil. (Bitte alle Personen hier namentlich angeben.)

1. Name, Vorname: .....
2. Name, Vorname: .....
3. Name, Vorname: .....

**Ich nehme nicht teil.**

**Ich/Wir benötige/n folgende Übernachtung(en):**

Anzahl Einzelzimmer: ..... Anzahl Doppelzimmer: .....

Anreise am: ..... Abreise am: .....

**Ich/Wir benötige/n keine Übernachtung.**

**Bitte beachten Sie:**

→ Die Kosten für die Tagungspauschale (incl. Mittag und Abendessen sowie Getränke während der Mitgliederversammlung), Raummiete etc. werden vom Verein getragen werden.  
**Getränke während der Mahlzeiten** und weitere Extras sind von jedem Teilnehmer **selbst zu zahlen**.

→ Die Kosten für die **Übernachtungen incl. Frühstück pro Person** (im EZ: 54,00 €; im DZ: 49,00 €) müssen von jedem Teilnehmer **selbst getragen** werden. Bei Nicht-Anreise sowie kurzfristiger Stornierung fallen **Stornierungsgebühren** (siehe AGB des Hotels) an.

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**