

**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