

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Klinik & Poliklinik für Anästhesiologie  
Frau B. Storbeck – Kongress-Sekretariat  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

# ANMELDUNG

## Hamburger Regionalanästhesie-Workshop 2018

### Ultraschall - Anatomie

### 02. und 03. März 2018 in Hamburg

per FAX an: **040 - 7410-40048**  
oder mit eingescannter Unterschrift per MAIL an: **b.storbeck@uke.de**

*Bitte Zutreffendes ankreuzen, bitte alle Angaben DEUTLICH in DRUCKBUCHSTABEN!*

Titel	
Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Abteilung	
Klinik	
Klinikanschrift Straße / Hausnr.	
PLZ, Ort	
Tel. mobil / Festnetz	
E-Mail	
Kenntnisstand	<input type="checkbox"/> Anfänger <input type="checkbox"/> Fortgeschrittener
Datum	<i>Ich melde mich hiermit verbindlich für obigen Kurs an:</i>  Unterschrift

Die Kurskosten betragen € 400,00. Für Reisekosten und Unterkunft haben die Teilnehmer selbst aufzukommen.  
Bitte überweisen Sie die Kursgebühren erst **nach unserer Mail-Bestätigung** Ihrer Anmeldung.

**Ihre Anmeldung ist rechtsverbindlich.** Die Registrierung erfolgt in der Reihenfolge des Eingangs der Anmeldungen.  
Im Falle Ihrer Verhinderung bitten wir um eine **schriftliche** Absage. Bei Rücktritt bis zum **02.02.2018** wird eine Bearbeitungspauschale von € 30,00 berechnet, danach ist die Teilnahmegebühr auch bei Nichtteilnahme in vollem Umfang zu entrichten (s. hierzu auch unsere Teilnahmebedingungen).

## TEILNAHMEBEDINGUNGEN

**Ihre Anmeldung ist rechtsverbindlich und verpflichtet zur Zahlung der Teilnahmegebühr.**

Erst nach Eingang der Teilnahmegebühr ist Ihre Anmeldung gültig.

Nach Bearbeitung Ihrer Anmeldung wird Ihnen eine verbindliche Reservierungsbestätigung mit Zahlungsaufforderung per Mail zugesandt. Sollten Sie innerhalb von 14 Tagen keine Reservierungsbestätigung erhalten haben, bitten wir Sie, sich direkt mit uns in Verbindung zu setzen (Kontakt Daten s. unten).

### Zahlung

Wir bitten um Überweisung (spesenfrei) auf das Konto:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hamburger Sparkasse

IBAN DE27 2005 0550 1002 1533 00

BIC/Swift HASPDEHHXXX

Verwendungszweck: **0821-015\_Name Teilnehmer\_Ultraschall-WS 02.-03.03.2018**

Der Name auf der Anmeldung muss mit dem auf der Überweisung übereinstimmen.

Falls innerhalb von vier Wochen nach unserer E-Mail-Reservierungsbestätigung keine Überweisung eingeht, wird der Kursplatz ggf. weitergegeben. Darüber hinaus erhalten Sie weitere Informationen vor der Veranstaltung ausschließlich über die E-Mail-Adresse, die Sie auf dem Anmeldeformular angegeben haben.

### Absage / Rücktritt

Im Falle Ihrer Verhinderung bitten wir um eine **schriftliche Absage** (auch per Fax bzw. per E-Mail). Bei Rücktritt **bis zum 02.02.2018** wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 30,00 erhoben, danach ist die Teilnahmegebühr auch bei Nichtteilnahme in vollem Umfang zu entrichten. Die Vertretung eines angemeldeten Teilnehmers ist aber selbstverständlich möglich.

Der Veranstalter behält sich vor, die Veranstaltung zeitlich innerhalb eines Jahres zu verlegen. Schadenersatzansprüche hieraus sind ausgeschlossen. Der Veranstalter verpflichtet sich, unmittelbar nach Kenntnis notwendiger Veränderungen den Teilnehmer hiervon zu unterrichten. Der Teilnehmer kann zu denselben Konditionen teilnehmen. Nimmt er nicht an der verlegten Veranstaltung teil, werden keine Gebühren für seinen Rücktritt fällig. Der Veranstalter haftet weiterhin nicht für die Präsenz angekündigter Referenten. Bei Ausfall steht dem Teilnehmer kein Schadenersatzanspruch gleich welcher Art zu. Der Veranstalter wird sich bemühen, durch adäquaten Ersatz Abhilfe zu leisten.

### Kontakt

Frau B. Storbeck, Kongress-Sekretariat

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Tel. 040 / 7410-54477

Fax 040 / 7410-40048

E-Mail [ana-event@uke.de](mailto:ana-event@uke.de) / [b.storbeck@uke.de](mailto:b.storbeck@uke.de)

Mit Ihrer Unterschrift auf dem Anmeldeformular erkennen Sie die Teilnahmebedingungen an.