

### Anmeldeformular

An die  
Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.  
Volmerswerther Straße 20  
40221 Düsseldorf

**Fax-Nr.: 0211-15760999**

**Ich nehme an der 7. Westdeutschen Tagung für Zervixpathologie und Kolposkopie teil.**

**Tagungsort: Lindner Congress Hotel, Lütticher Str. 130, 40547 Düsseldorf**

(Die Übernachtung buchen Sie bitte selbst. Bis zum 20.12.2009 steht im Lindner Congress Hotel ein Kontingent zum Preis von 85 €/EZ unter dem Kennwort „West-KT“ zur Verfügung, Tel.-Nr.: 0211-59970)

---

Titel, Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

---

Telefon

---

Email

#### Teilnehmerbeitrag

Ich nehme teil als	für beide Tage		nur Freitag, 19.02.2010		nur Samstag, 20.02.2010	
	300 €	<input type="text"/>	190 €	<input type="text"/>	190 €	<input type="text"/>
CA, OA, NLA						
Assistenzarzt	220 €	<input type="text"/>	150 €	<input type="text"/>	150 €	<input type="text"/>
Student	80 €	<input type="text"/>	80 €	<input type="text"/>	80 €	<input type="text"/>

An der Prüfung für das Kolposkopiediplom nehme ich teil:  ja  nein  
Der Kostenbeitrag von **30 Euro** wird bar bei der Veranstaltung bezahlt.

Die Teilnahme gilt als **verbindlich** mit Zahlungseingang bis zum **10.01.2010**.

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel

**Kontoverbindung:**

Krebsgesellschaft NRW  
Stadtsparkasse Düsseldorf  
Konto-Nr. 100 36 176, BLZ 300 501 10  
Verwendungszweck: 7. West-KT Düsseldorf 2010