



Takeda Pharma

# Anmeldebogen

Rücksendung per Post oder Fax 0241 941-9151

Takeda Pharma GmbH  
Christiane Zander  
Postfach 1605  
52204 Stolberg

Name des Mitarbeiters/Region

Bitte unbedingt ausfüllen!

Telefon: 0241 941- 9101 Telefax: 0241 941-9151 E-Mail: christiane.zander@takeda.de

## „HERAUSFORDERUNG HYPERTONIE – PULSWELLENANALYSE ALS MITTEL DER WAHL“ AM 22.02.2012 IN DUISBURG

Bitte in Druckschrift ausfüllen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_  
(bitte Praxisanschrift angeben!)

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Die Anreise und evt. Übernachtung erfolgt auf eigene Kosten. Takeda Pharma GmbH kann hierfür keine Kostenübernahme gewähren.**

### Nur für Klinikärzte/angestellte Ärzte:

Hiermit bestätige ich als Dienstherr/Arbeitgeber des vorstehend genannten Klinikarztes/Arztes, Kenntnis über sämtliche Konditionen der Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung, einschließlich der Höhe der von der Takeda Pharma GmbH übernommenen Kosten (s. Einladungsschreiben) erlangt zu haben. Mit meiner Unterschrift genehmige ich die Teilnahme des vorstehend genannten Klinikarztes/Arztes an der Fortbildungsveranstaltung sowie die Übernahme der Kosten durch die Takeda Pharma GmbH.

Unterschrift/Stempel  
des Dienstherrn/Klinikleitung/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Ich nehme ihr Angebot zur Teilnahme an o. g. Veranstaltung an. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der o. g. Veranstaltung ausschließlich auf eigene Gefahr erfolgt und ich daher unwiderruflich auf Ansprüche anlässlich dieser Veranstaltungsreise, gleich aus welchem Rechtsgrund, gegen die Takeda Pharma GmbH, ihre Gesellschafter, Geschäftsführer und Mitarbeiter verzichte. Mit der Anmeldung erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Abwicklung der Veranstaltungsreise durch die Takeda Pharma GmbH und die mit der Organisation beauftragten Dritten EDV-mäßig verarbeitet werden.

**Bitte unbedingt ausfüllen!** →

Datum, Unterschrift und Stempel des Teilnehmers