**Bezirksklinik Hochstadt**

Frau Glätzer

Frau Vockentänzer

Sekretariat

Hauptstr. 13

96272 Hochstadt am Main

Tel (09574) 6337-1311 oder - 1314

Fax (09574) 6337-1366

E-Mail hochstadt@gebo-med.de

**Verbindliche Rückmeldung zur Fachtagung**

**21. Hochstadter Gespräche am 15.05.2024**

Sehr geehrte Damen und Herren**,**

bitte beachten Sie, dass Ihre Anmeldung **verbindlich** sein muss, da die Teilnehmerzahl aus Platz-gründen begrenzt ist. Pro Institution/Abteilung ist eine Teilnahme von max. 5 Personen möglich, für den Workshop nur eine Person. Die Vergabe der Plätze erfolgt nach dem zeitlichen Eingang der Anmeldungen. Falls Sie bei erfolgter Anmeldung verhindert sein sollten, informieren Sie uns bitte umgehend, damit der frei werdende Platz anderweitig vergeben werden kann.

[ ]  Ich werde teilnehmen und mit       Personen kommen.

Name mit Funktion/Institution :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Essenswunsch:       mal Normalkost       mal vegetarisches Essen      mal veganes Essen

**Der Unkostenbeitrag beträgt pro Person 35,00 €.** Das Entgelt ist am Veranstaltungstag bar zu bezahlen.

Die Anmeldung zu den Workshops per Email (mirja.vockentaenzer@gebo-med.de) **ab sofort** möglich.

* Workshop Symbolarbeit Hr. Schneider (max. 30 Teilnehmer/-innen)
* Therapeutisches Bogenschießen Hr. Kraus Daniel (max. 10 Teilnehmer/-innen)

[ ]  Ich möchte gerne zukünftig mit dem E-Mail-Newsletter über Aktuelles informiert werden.

 Meine E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, uns Ihre Rückmeldung bis **spätestens 30.04.2024** per Post, Fax oder E-Mail mit oben genannten Inhalt zukommen zu lassen. Herzlichen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Anmeldenden