

**27. Unfallchirurgische Fachtagung der  
Klinik für Unfall, Wiederherstellungs-  
und Handchirurgie, Städtisches  
Klinikum Dresden, Standort  
Friedrichstadt, 14. Juni 2019, Dresden**



## Anmeldeformular

Bitte geben Sie das ausgefüllte Formular vor Ort ab.

Teilnahmegebühr: € 25,-

- 
- Klinik                       Chirurg                       Unfallchirurg  
 Praxis                       Orthopäde                       Physiotherapeut  
 Privat                       sonstiger Facharzt: \_\_\_\_\_
- Frau       Herr

---

Titel                      Vorname                      Name

---

Straße

---

PLZ                      Ort

---

Telefon                      Fax

---

E-Mail

Ich stimme der Zusendung von Informationen per E-Mail an die von mir aufgeführte E-Mail-Adresse zu.  
(Bei Nichtzutreffen bitte streichen.) Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der comed GmbH unter folgender E-Mail-Adresse widerrufen kann: [unsubscribe@comed-kongresse.de](mailto:unsubscribe@comed-kongresse.de)

---

Ich stimme der Datenschutzrichtlinie zu: [www.comed-kongresse.de/impressum/datenschutzhinweis/](http://www.comed-kongresse.de/impressum/datenschutzhinweis/)

Ich stimme den AGBs bzw. den „Informationen zur Anmeldung“, siehe Programmheft, zu.

\_\_\_\_\_

Unterschrift

### Nur Barzahlung am Tagungsbüro möglich

---

Die Teilnehmergebühr wird im Namen und auf Rechnung des Veranstalters erhoben.

Die comed GmbH übernimmt nur das Inkasso.