

Kostenübernahmebestätigung

Hiermit wird bestätigt, dass die anfallenden Kosten für die Buchung zum BCH 2027 laut beigefügter Liste für Gruppenanmeldungen von untenstehender Firma/Institution übernommen werden.

(Adresse wie auf Gruppenanmeldeliste)

Kostenübernahmebestätigung

Firma/Institution:

Adresszusatz:

Straße + Nr.:

PLZ + Stadt:

Land:

WICHTIGER HINWEIS (bitte ankreuzen)

☐

Ich stimme den allgemeinen Teilnahmebedingungen des BCH 2027 zu. Die Widerrufsbelehrung habe ich zur Kenntnis genommen (s. Teilnahmebedingungen).

<https://www.bundeskongress-chirurgie.de/anmeldeinformationen.php?fksart=0>

Ort, Datum

Unterschrift + Stempel