

**DEUTSCHER INTERDISZIPLINÄRER ARBEITSKREIS LIPPEN-KIEFER-GAUMEN-SPALTEN/
KRANIOFAZIALE ANOMALIEN**
GERMAN CLEFT PALATE CRANIOFACIAL ASSOCIATION (GCPA)

der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie
der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie
der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie u. Pädaudiologie
der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- u. Halschirurgie



Herrn
Prof. Dr. Dr. Siegmar Reinert
Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik
für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Tübingen
Osianderstr. 2-8
72076 Tübingen

Tel.: 07071-29 86174
Fax: 07071-29 3481
Email:
mkg@med.uni-tuebingen.de

Anmeldung zum 31. Symposium 2019

Am LKG-Symposium am 11. und 12.10. 2019 in Mainz nehme ich mit _____ Personen teil.

Teilnahmegebühr:

- Für **Mitglieder** des Fördervereins, die den Jahresbeitrag von 50 € bezahlt haben, ist die Teilnahmegebühr am Symposium und Morgenseminar zum Thema Nase bereits im Jahresbeitrag eingeschlossen
- **Nichtmitglieder:**
 - bei Voranmeldung und Begleichung der Teilnahmegebühr **bis zum 01.10.2019**70,00 €
(bitte unbedingt Beleg mitbringen)
 - im Tagungsbüro:.....80,00 €

Die Vortragenden – nicht die Ko-Autoren – sind von der Zahlung der Teilnahmegebühr befreit.

Assistenten (Beleg) und med.-technische Assistenzberufe sowie Logopäden:.....50,00 €
Studierende (Beleg): frei

Am geselligen Abend (für alle kostenpflichtig) im Proviantamt, Schillerstr. 11a,
nehme ich mit _____ Personen teil.
Anmeldung wegen begrenzter Platzzahl zwingend erforderlich, pro Teilnehmer.....35,00 €

**Den Gesamtbetrag von..... €
habe ich auf das angegebene Konto überwiesen:**

Kontoverbindung:
LKG-Förderverein e. V.
Sparkasse Mainz
IBAN: DE32 5505 0120 0200 0834 75 BIC: MALADES1MNZ
Verwendungszweck: LKG-Symposium 2019

Name, Vorname:.....

Stempel/Anschrift:

.....Unterschrift

Buchungen für Hotelübernachtungen sind über die Touristik Centrale zu erfragen.
Tel.: 06131-286 210, Fax: 06131 – 286 2155, e-mail: tourist@info-mainz.de