

Tel: 51501 / 1235

Fax : 5126023 / 1235

e-mail: [ziegler@aekwien.at](mailto:ziegler@aekwien.at)

Betreff: Bezirksärzt\*innensitzung

**GEPLANTE BEZIRKSÄRZT\*INNENVERANSTALTUNG**

BEZIRK :

TERMIN : UHRZEIT :

REFERENT\*IN :

THEMA :

ORT :

VORSITZ :

FIRMENNAME des Sponsors:

Übernahme Referentenhonorar/e

Übernahme Miete

Übernahme Reisekosten

Übernahme Buffetkosten/Verpflegung

organisatorische Unterstützung

finanzielle Unterstützung

Fachausstellung

Sonstiges

Unterschrift Bezirksärzt\*innenvertreter\*in: