

Tel: 51501 / 1235
Fax : 5126023 / 1235
e-mail: 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: