

Tel: 51501 / 1288
Fax : 5126023 / 1288
e-mail: umlauf@aekwien.at

Betreff: Bezirksärztesitzung

GEPLANTE BEZIRKSÄRZTEVERANSTALTUNG

BEZIRK :

TERMIN :

UHRZEIT :

REFERENT :

THEMA :

ORT :

VORSITZ :

FIRMENNAME des Sponsors:

- Übernahme Referentenhonorar/e
- Übernahme Miete
- Übernahme Reisekosten
- Übernahme Buffetkosten/Verpflegung
- organisatorische Unterstützung
- finanzielle Unterstützung
- Fachausstellung
- Sonstiges:

Unterschrift des Bezirksärztevertreters :