

Ruhpolding
18.2.-21.2.2027

Hiermit melde ich mich verbindlich zum **20. Weiter- und Fortbildungskurs – Sportmedizin Wintersport** in Ruhpolding vom **18.-21.2.2027** verbindlich an.

Titel

FAX +49 (0)8061 939 699 9

EMAIL anmeldung@sportmedizin-kurs.de

Vorname

Nachname

☐ **Arzt**

☐ **Physiotherapeut**

☐ **Sportwissenschaftler**

☐ **Student**

Institution/ Praxis

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Land

Telefon

E-Mail

AGB

☐ Ich akzeptiere die allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Newsletter

☐ Ja, ich möchte per Newsletter über Neuigkeiten und bevorstehende Termine informiert werden.

Datenschutz

☐ Hiermit willige ich ein, dass meine eingegebenen Daten zum Zwecke der Beantwortung der Anfrage gemäß der Datenschutzerklärung verarbeitet werden. Ich kann meine Einwilligung jederzeit durch einfache E-Mail widerrufen, es sei denn, es handelt sich bei den eingegebenen Daten um solche zur Vertragserfüllung oder es besteht eine gesetzliche Aufbewahrungspflicht.

Es handelt sich hierbei um eine verbindliche Anmeldung. Sie erhalten umgehend eine Bestätigung, wenn die Teilnahmegebühr auf das angegebene Konto eingegangen ist.

Bitte um Überweisung der Kongressgebühren unter Angabe Ihres Namens an:

Name	Sportsymposium
Bank	Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN	DE39 3006 0601 0005 7727 02
BIC	DAAEDEDXXX

Datum, Unterschrift