Anmeldung für Tagung in Berlin von 1.-3.11.2019

Bitte zurück senden an: oder an: info@patientenverband-fap.de

Patientenverband- FAP. e.V.

Gasselstiege 13

48159 Münster

|  |
| --- |
| Name, Vorname |
| Straße, Hausnummer, Ort |
| PLZ, Ort |
| E- Mailadresse |
| Telefonnummer |
| Zugehörigkeit zu einer Selbsthilfegruppe? |
| Teilnahme an der gesamten Tagung |
| oder Tagesgast Amyloidose Tag |
| mit Übernachtungen : |
| 1 x Freitag bis Samstag |
|  oder 1x Samstag bis Sonntag |

|  |
| --- |
| Rollstuhlgerechtes Zimmer ja nein |
|  |
| Begleitperson ja nein  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift