

<b>Teilnehmerdaten:</b>	<b>Ich benötige folgende Teilnahmebescheinigung:</b>
Titel, Vorname, Name: _____	<input type="checkbox"/> Teilnahmebescheinigung LÄK
Straße: _____	<input type="checkbox"/> Teilnahmebescheinigung VDBD
PLZ / Ort: _____	
E-Mail (erforderlich): _____	

**Anmeldung zur Bestimmung der Raumgrößen: Workshops / Seminare / Industriesymposien**

**FREITAG, 06.07.2018**

<b>10:45 – 12:00</b> <input type="checkbox"/> <b>Ultraschallseminar:</b> Alles Routine? Was ist nötig, was möglich?	<b>12:15 - 13:15</b> <input type="checkbox"/> <b>Lunch-Symposium</b> (Novo Nordisk) Kardio- und „Nephroprotektion im Kontext aktueller Outcome-Studien“ - praktische Anwendung	<b>16:00 - 17:00 Auswahlseminare:</b> <input type="checkbox"/> <b>Seminar 1:</b> Endokrinologisches Fallseminar <input type="checkbox"/> <b>Seminar 2:</b> Pflege - der schwierige Patient → Seminar für Diabetesberater/innen, Diabetesassistenten und Pflegekräfte <input type="checkbox"/> <b>Seminar 3:</b> Richtige Interpretation von Studien
--	---	---

**SAMSTAG, 07.07.2018**

<input type="checkbox"/> <b>07:30 - 08:00</b> <b>Frühspport</b> (Frau Dr. Lücke)	<b>08:00 - 09:00</b> <input type="checkbox"/> <b>Frühstückssymposium Industrie I</b> (Dexcom)   inkl. Frühstück Closed Loop: praktische Anwendung <input type="checkbox"/> <b>Frühstückssymposium Industrie II</b> (Amgen)   inkl. Frühstück <input type="checkbox"/> <b>Frühstückssymposium Industrie III</b> (Boehringer Ingelh.)   inkl. Frühstück Diabetestherapie an Fallbeispielen: Was kommt nach Metformin? <input type="checkbox"/> Frühstück im Frühstücksraum (10€)
<b>14:00 - bis Ende Auswahlseminare:</b> <input type="checkbox"/> <b>Workshop 1:</b> Wundbehandlung <input type="checkbox"/> <b>Workshop 2:</b> Pumpenseminar <input type="checkbox"/> <b>Workshop 3:</b> Bewegende Diabetesberatung	

**Übernachtung & Kongressgebühren:**

	ADBW-Mitglied	ADBW-Nichtmitglied
Einzelzimmer Übernachtungsgast inkl. Kongressgebühr	<input type="checkbox"/> 80 €	<input type="checkbox"/> 130 €
Doppelzimmer Übernachtungsgast inkl. Kongressgebühr	<input type="checkbox"/> 75 €	<input type="checkbox"/> 125 €
<input type="checkbox"/> Bitte reservieren Sie ein Doppelzimmer gemeinsam mit _____		
Tagesgast Kongressgebühr 2 Tage	<input type="checkbox"/> 70 €	<input type="checkbox"/> 140 €
Tagesgast Kongressgebühr 1 Tag	<input type="checkbox"/> 35 € ( <input type="checkbox"/> Freitag oder <input type="checkbox"/> Samstag )	<input type="checkbox"/> 70 € ( <input type="checkbox"/> Freitag oder <input type="checkbox"/> Samstag )
Abendveranstaltung	<input type="checkbox"/> 25 €	Ich reserviere für _____ Personen

Der **Gesamtbetrag** in Höhe von \_\_\_\_\_ € wird per einmaliger SEPA-Basislastschrift mit beigefügtem SEPA Lastschriftmandat eingezogen.  
 Bitte senden Sie die Anmeldung **per E-Mail/Scan an [info@adbw.de](mailto:info@adbw.de)** | per **Fax Nr. 07121/30040-23** | per Post an: ADBW Geschäftsstelle, Frau Tami Moraru, Schöner Weg 20, 72820 Sonnenbühl. Stornierungen werden mit einer Bearbeitungsgebühr von 25 € berechnet, nach dem 30.06.2018 sind Stornierungen mit Rückerstattung nicht mehr möglich.

**JA, ich akzeptiere die Verarbeitung meiner Daten:** Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die ADBW gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie der Regelungen in der Vereinssatzung der ADBW meine Daten für die Bearbeitung dieses Auftrages nutzt und mir dazu alle relevanten Informationen übersendet. Ausschließlich zu Informationen über diesen und zukünftige Jahreskongresse wird mich die ADBW per Email und Post kontaktieren. Meine Daten werden nicht an Dritte weiter gegeben. Ich kann jederzeit eine Änderung oder Löschung meiner gespeicherten Daten veranlassen.  
 Die oben erklärten Einwilligungen kann ich jeweils jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über die über mich gespeicherten Daten zu erhalten.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ 2018 Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Zahlungsempfänger:****Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg e.V.**

Schöner Weg 20

72820 Sonnenbühl

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE12ZZZ00000113922

Mandatsreferenz: wird separat vergeben und erscheint auf der Rechnung

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die ADBW, einmalig eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg e.V. auf mein (unser) Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):**

Titel, Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

**Rechnungsadresse falls abweichend:**

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Falls Kontoinhaber und Teilnehmer nicht identisch:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für

Name des Teilnehmers: \_\_\_\_\_

**Bankdaten:**

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

**JA, ich akzeptiere die Verarbeitung meiner Daten:** Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die ADBW gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie der Regelungen in der Vereinssatzung der ADBW meine Daten für die Bearbeitung dieses Auftrages nutzt und mir dazu alle relevanten Informationen übersendet. Meine Daten werden nicht an Dritte weiter gegeben. Ich kann jederzeit eine Änderung oder Löschung meiner gespeicherten Daten veranlassen. Die oben erklärten Einwilligungen kann ich jeweils jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über die über mich gespeicherten Daten zu erhalten.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift/en \_\_\_\_\_