

45th IDC - The International Detergency Conference

wfk e.V. - Campus Fichtenhain II - D-47807 Krefeld

Bitte ergänzen Sie noch:

E-Mail

Fon

Fax

Bestellnr. (falls gewünscht)

Bitte senden Sie dieses Anmeldeformular an:

wfk Forschungsinstitut für Reinigungstechnologie e.V., Campus Fichtenhain II, D - 47807 Krefeld

oder per **FAX** an **+49-(0)2151-8210-199**

Bitte senden Sie **pro Person je ein Formular** und füllen Sie das Formular in Blockschrift aus!

Teilnahme	Anmeldung bis zum 20. März 2011	Anmeldung nach dem 20. März 2011
<input type="checkbox"/> Gesamte Konferenz, 03. - 05. Mai 2011 (inkl. Tagungsband)	€ 750,00	€ 850,00
<input type="checkbox"/> 03. Mai	€ 350,00	€ 400,00
<input type="checkbox"/> 04. Mai	€ 350,00	€ 400,00
<input type="checkbox"/> 05. Mai (inkl. Kolloquium Medizinische Instrumente)	€ 350,00	€ 400,00
<input type="checkbox"/> Kolloquium Medizinische Instrumente	€ 250,00	€ 300,00
<input type="checkbox"/> Student (pro Tag) <input type="checkbox"/> 03. Mai <input type="checkbox"/> 04. Mai <input type="checkbox"/> 05. Mai	€ 75,00	€ 75,00
<input type="checkbox"/> Tagungsband	€ 90,00	€ 90,00
<input type="checkbox"/> Tagungsband Kolloquium Medizinische Instrumente	€ 35,00	€ 35,00
<input type="checkbox"/> Festliches Abendessen auf Schloß Dyck am 04. Mai	€ 90,00	€ 90,00

Die Eintrittskarten beinhalten Pausengetränke, Mittagessen sowie die Simultanübersetzung. Bei Stornierung bis zum 20. März 2011 berechnen wir eine Bearbeitungsgebühr von € 75,00. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir für später eingehende Stornierungen den vollen Betrag berechnen müssen. Ein Ersatzteilnehmer kann benannt werden. Mitglieder des wfk-Forschungsinstitutes und der FRT erhalten (bei Anmeldung bis 20. März) 10 % Ermäßigung auf die angegebenen Eintrittspreise (ausgenommen hiervon ist die Abendveranstaltung am 04. Mai 2011).

Ich bin Mitglied bei (bitte ankreuzen): FRT wfk

Datum

Unterschrift

- Bitte schicken Sie eine Rechnung an oben stehende Adresse
(bei Abweichungen bitten wir um gesonderte Mitteilung), ich überweise den Betrag.

Zahlung

- Ich möchte per Kreditkarte zahlen:

American Express EuroCard/Mastercard VISA

Kartenummer: CVC

Karteninhaber (wie auf der Karte angegeben):

Gültig bis / Unterschrift: