

# ANMELDEFORMULAR

**Veranstaltung: Arthroskopie - KNIE - SCHULTER + MENISKUSNAHT**

**Datum: 03. - 04.02.2018**

**Veranstaltungsort: Anatomisches Institut, Harrachgasse 21, 8010 Graz**

**Kosten: € 370 .-**

**Name:**

**Adresse (Privat):**

**Adresse (Beruf):**

**E-mail:**

**Telefon:**

**Ort und Datum:**

Ausgefülltes Formular speichern und an [eveline.roder1@gmail.com](mailto:eveline.roder1@gmail.com) senden

**Kongress – Sekretariat**

Evelin Maria Roder  
Rosenberggürtel 15/7, A-8010  
Graz Mo-Fr von 08:00 – 12:00Uhr  
Tel.: 0043 / 664 / 395 02 22  
E-mail: [eveline.roder1@gmail.com](mailto:eveline.roder1@gmail.com)  
Web: <http://www.grechenig.at>

**Bankverbindung:**

**Landeshypothekenbank Steiermark**  
Gesellschaft zur Forschung und  
Wissenschaftlichen Weiterbildung in der Unfallchirurgie  
Kontonummer: 20241067794 / BLZ: 56000  
BIC-Code: HYSTAT2G  
IBAN: AT045600020241067794