

An:

Schöchli medical education GmbH

Ramooserstr. 15

5163 Mattsee

Österreich

Fax: +43/662/234 665 450

Absender:

---

---

---

---

---

**Antikorruptionsformular**

Hiermit wird bestätigt, dass die Teilnahme von

Herrn/Frau .....

an der Veranstaltung

**15. Norddeutsches Kolloquium Perioperatives Gerinnungsmanagement  
17.-18. Mai 2019, Hotel Landhaus Höpen, Schneverdingen**

befürwortet und einer finanziellen Unterstützung seitens des Veranstalters zugestimmt wird.

Der Veranstalter knüpft an diese finanzielle Zuwendung weder Erwartungen bezüglich künftiger Umsatzgeschäfte, noch wird diese Finanzierung in Abhängigkeit von bereits getätigten Umsätzen Ihrer Einrichtung gewährt.

Die Teilnahmegebühr in Höhe von € 300,-- reduziert sich durch die anteilige Kostenübernahme um € 250,-- (inkl. 19% MWSt).

Verbleibt ein Eigenanteil in Höhe von € 50,-- (inkl. 19% MWSt)

Der Eigenanteil entspricht den Bewirtungskosten.  
Übernachtungs- und Reisekosten werden nicht übernommen.

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

\_\_\_\_\_  
*Stempel der Verwaltung, Unterschrift*