

## Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich für die unten angegebene Veranstaltung des Fortbildungsverbundes der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Sachsen an:

### Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter am 10.12.2021 im Sächsischen Krankenhaus Arnsdorf

#### Ihre persönlichen Daten

---

Name, Vorname

---

Titel

---

Institution/Klinik

---

E-Mail-Adresse

---

Berufsbezeichnung

Die Tagungsgebühr beträgt **20 Euro pro Person**. Für Medizinstudenten gilt ein ermäßigter Preis von 10 Euro pro Person. Bitte überweisen Sie diesen Betrag vorab bis spätestens 03.12.2021 an folgende Bankverbindung:

Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf  
Ostsächsische Sparkasse Dresden  
IBAN DE73 8505 0300 3110 0143 42  
BIC OSDDDE81XXX

Zahlungsgrund: 10.12.2021 KJP + Name des Teilnehmers

Bei Stornierungen, die nach dem 03.12.2021 eingehen, wird der gesamte Teilnahmebetrag fällig. Bei Stornierungen bis zum 03.12.2021 wird die bereits gezahlte Veranstaltungsgebühr erstattet. Alternativ kann ein Ersatz-Teilnehmer ernannt werden.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Anmeldeformular bis spätestens 03.12.2021 an folgende E-Mail-Adresse: [fortbildungsverbund-kjp@sms.sachsen.de](mailto:fortbildungsverbund-kjp@sms.sachsen.de)

Nach erfolgter Anmeldung erhalten Sie eine Teilnahmebestätigung an Ihre angegebene E-Mail-Adresse.