



# PHADISO

www.phadiso.de

www.blistersoftware.de

Gleich ausfüllen und zurückfaxen an:

Fax-Nr. **089 – 43 18 42 81**

**Besuchen Sie uns zur  
EXPOPHARM in München!**

Sie finden uns am Stand der VSA:  
Halle A 5, Stand-Nr. A-17

## Anmeldung zur aktuellen Veranstaltungsreihe: **Patientenindividuelle Versorgung und mobile Heimlieferung.**

**JA**, hiermit melde ich mich verbindlich zu folgendem Termin an:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Dresden:</b> Montag, 20.09.2010<br>Quality Hotel Plaza Dresden,<br>Königsbrücker Straße 121a, 01099 Dresden | <input type="checkbox"/> <b>Düsseldorf:</b> Donnerstag, 23.09.2010<br>Park Inn Düsseldorf-Kaarst,<br>Königsberger Straße 20, 41564 Kaarst          |
| <input type="checkbox"/> <b>Potsdam:</b> Dienstag, 21.09.2010<br>art'otel Potsdam,<br>Zeppelinstraße 136, 14471 Potsdam                 | <input type="checkbox"/> <b>Stuttgart:</b> Montag, 27.09.2010<br>Parkhotel Ostfildern, Kreuzbrunnenstraße 103,<br>73760 Ostfildern (bei Stuttgart) |
| <input type="checkbox"/> <b>Hamburg:</b> Mittwoch, 22.09.2010<br>Hotel Panorama Hamburg-Harburg,<br>Harburger Ring 8-10, 21073 Hamburg  | <input type="checkbox"/> <b>München:</b> Dienstag, 28.09.2010<br>Holiday Inn München-Unterhaching,<br>Inselkammerstraße 7-9, 82008 München-Unterh. |

Teilnehmername 1: ..... Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Teilnehmername 2: .....

**Veranstaltungsbeginn jeweils 15 Uhr. Ende gegen ca. 18 Uhr.**

Zusammen mit Ihrer Anmeldebestätigung erhalten Sie eine genaue Anfahrtsskizze.

Die Teilnehmerzahl pro Veranstaltung ist **auf max. 30 Personen begrenzt**. Die **Teilnahmekosten betragen nur 39 €** pro Person (zzgl. ges. MwSt.). Darin enthalten sind sämtliche Bewirtungsleistungen und alle Unterlagen, die Ihnen zur Verfügung gestellt werden.

Ich kann nicht zur Veranstaltung kommen, interessiere mich aber für das Thema. Bitte rufen Sie mich an.

Ich möchte zur EXPOPHARM einen Gesprächstermin auf Ihrem Stand. Bitte rufen Sie mich an.

Meine Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Apothekenname

\_\_\_\_\_  
Apothekeninhaber / in

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Apothekenleitung

\_\_\_\_\_  
Apothekenstempel