

Anmeldeformular

Sächsische Landesärztekammer
Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)
Carl-Hamel-Straße 3A
09116 Chemnitz

Rücksendung bitte bis 4. April 2025

Gern auch

- per Fax an 0371 216543 oder
- per E-Mail b.thierfelder@slaek.de oder
- telefonisch: 0371 216514

Verbindliche Anmeldung zur Ausfahrt nach Wettin 6./7. Mai 2025

	Bevorzugter Termin	anderer Termin möglich?	
		Ja	Nein
06.05.2025	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07.05.2025	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtzahl Personen: ____ davon:	Kammermitglied	Begleitperson (auch Kammermitglied)	Begleitperson (kein Kammermitglied)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewünschtes Mittagessen:

➤ Hauptgang Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder			
➤ Hauptgang Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder			
➤ Hauptgang vegetarisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Absender (Bitte mit Telefon Nr.)

Name, Vorname

Name, Vorname (Begleitperson)

E-Mail-Adresse

PLZ Ort

Straße Hausnummer

Tel.-Nr.

Unterschrift