

## ANTWORT (per Fax, Brief, E-Mail oder im Internet)

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der LMU München  
Abteilung für Klinische Neurophysiologie  
und Funktionelle Bildgebung

**Stichwort: "EEG-Tage 2020"**

Nußbaumstr. 7

80336 München

**www.eeg-tage.de/anmeldung.html**

**E-Mail: anmeldung@eeg-tage.de**

**Fax: +49 / (0)89 / 4400-55542**

Hiermit melde ich mich für die **54. Münchner EEG-Tage** an:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Mi  Do  Fr

Arzt/Ärztin/Psychologe/Psychologin  MTA/EEG-Assistentin/EEG-Assistent

\_\_\_\_\_  
**Name**

\_\_\_\_\_  
**Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Klinik / Praxis**

\_\_\_\_\_  
**PLZ**

\_\_\_\_\_  
**Ort**

\_\_\_\_\_  
**Straße, Nr.**

\_\_\_\_\_  
**E-Mail**

@

\_\_\_\_\_  
**Tel.**

Die **Teilnahmegebühr** beträgt für

- Ärztinnen/Ärzte/Psychologinnen/Psychologen ..... € 280,- (Tagesgebühr € 150,-)
- MTAs/EEG-Assistentinnen/EEG-Assistenten ..... € 200,- (Tagesgebühr € 110,-)

zu zahlende Gebühr: € \_\_\_\_\_  
(Bitte eintragen)

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers**

**Zahlungsart: bitte ankreuzen**

**Überweisung:** (bei Überweisung benötigen wir bei Registrierung vor Ort eine Bestätigung, z. B. Kontoauszug)

Klinikum der Universität München  
Bayerische Landesbank München  
IBAN: DE26 7005 0000 0010 0200 40, BIC: BYLADEMM

**bitte unbedingt als Betreff angeben:**  
**Auftragsnummer 81365043-G / EEG-Tage**

**Barzahlung:** Selbstverständlich können Sie die Gebühr auch in bar bei der Registrierung entrichten. Bedenken Sie jedoch bitte die Zeitverzögerungen, die dadurch entstehen können (d.h. Barzahler bitte frühzeitig registrieren).

**Bitte beachten: bei Anmeldung per Fax oder Brief erfolgt keine Bestätigung!**