



Aktionstag gegen den Schmerz

Anmeldeformular „Aktionstag gegen den Schmerz 2018“ am 5. Juni 2018

FAX: 030/39409689-9 oder E-Mail: grams@dgss.org

Gerne mache/n wir/ich mit und sind/bin in diesem Jahr an dem „Aktionstag gegen den Schmerz“ 2018 am 5. Juni 2018 mit dabei. Bitte übersenden Sie uns/mir folgende Unterlagen (*bitte ankreuzen*) und setzen uns/mich in die Übersichtsliste Ihrer Aktionstaghhomepage (www.dgss.org):

Achtung: Anmeldeschluss ist der 8. Mai 2018

1. Kostenloses „Aktionstagspaket“

- Aktionstag-Flyer** (200 Stück)
- Aktionstag-Plakat** (5 Stück)
- Flyer „Schmerzen verstehen“** (200 Stück)
- Flyer „Kopfschmerzen verstehen“** (200 Stück)

2. weitere Materialien

a) Aktionstag-Flyer 1.000 Stück zum Preis von 70,00 € inkl. Mwst zzgl. Porto

b) Aktionstag-Plakat 100 Stück zum Preis von 80,00 € inkl. Mwst zzgl. Porto

c) Flyer „Schmerzen verstehen“

ohne Eindruck persönlicher Daten: 1.000 Stück zum Preis von 70,00 € inkl. Mwst zzgl. Porto

mit Eindruck Ihres persönlichen Stempels/Ihrer persönlichen Logo-Daten:
1.000 Stück zum Preis von 125,00 € inkl. Mwst zzgl. Porto

d) Flyer „Kopfschmerzen verstehen“

ohne Eindruck persönlicher Daten: 1.000 Stück zum Preis von 70,00 € inkl. Mwst zzgl. Porto

mit Eindruck Ihres persönlichen Stempels/Ihrer persönlichen Logo-Daten:
1.000 Stück zum Preis von 140,00 € inkl. Mwst zzgl. Porto

3. Mitmach-Aktionen

Gerne nehme/n wir/ich als Experte an der **Telefonhotline** teil.

Bitte notieren Sie dazu das Zeitfenster (..... bisUhr) am 5. Juni 2018 mit folgendem Ansprechpartner und dieser Telefonnummer

Ergänzend plane/n wir/ich vor Ort am Aktionstag oder aber in den Tagen zuvor bzw. danach folgende eigene Maßnahmen/Veranstaltungen:

eigene Vor-Ort Pressemitteilung mit Hinweis auf Aktionstag/Telefon/Klinik/Praxis

Patientenseminar oder Fachveranstaltung

Tag der offenen Tür

Sonstiges, und zwar:

Unsere/Meine Daten lauten

(Bitte leserlich und vollständig ausfüllen! Vielen Dank!):

Wir/Ich stimme/n der Veröffentlichung unserer/meiner Daten zu/nicht zu (Zutreffendes bitte unterstreichen)!

Titel, Vorname, Nachname des Teilnehmenden, *der bei uns gespeichert und in der Teilnehmerliste veröffentlicht werden soll*

Name der Klinik/Praxis/Apotheke/Pflegeinstitution etc. Straße/Hausnr./PLZ/Ort des Teilnehmenden

E-Mail-Adresse des Teilnehmenden (ausschließlich für Rückfragen der Aktionstags-Organisation unsererseits)

Telefonnummer des Teilnehmenden (ausschließlich für Rückfragen der Aktionstags-Organisation unsererseits)

Stempel: