

Verbindliche Anmeldung

zum 22. Patienten- und Familientreffen Kraniopharyngeom
vom 13. bis 15. September 2019 in Haus Düsse, Bad Sassendorf (Ostinghausen)

Bitte die Anmeldung bis zum 05.09.2018 via Telefax: 0228-68846-33 oder per Post senden an:

Deutsche Kinderkrebsstiftung
Kraniopharyngeom-Gruppe
Adenauerallee 134
53113 Bonn



Namen aller Personen, für die diese Anmeldung gilt:

Alter (bei Kindern)

Betroffene(r) _____
Eltern _____
Partner/Freund(in) _____
Geschwister _____

- **Wir nehmen teil, am:**
 - Fr. den 13.09.2019 mit _____ Personen
 - Sa. den 14.09.2019 mit _____ Personen
 - Wir kommen zum ersten Mal* So. den 15.09.2019 mit _____ Personen
- **Ich/wir bestelle(n) Essen** vegetarisch für ____ Personen normal für ____ Personen
- **...zu diesen Mahlzeiten:**
 - Freitag: Abendessen ja nein (5 € Mitglieder, 7 € Nichtmitgl.)
 - Samstag: Mittagessen ja nein (5 € Mitglieder, 9 € Nichtmitgl.)
 - Samstag: Grillabend ja nein (zahlt die Kinderkrebsstiftung)
 - Sonntag: Kaffee/Kuchen ja nein (1 € Mitglieder, 5 € Nichtmitgl.)

Hinweis: „nein“ darf nur angekreuzt werden, wenn Sie zu dieser Zeit noch nicht oder nicht mehr anwesend sind. Es ist nicht möglich, ohne zu essen an der Tagung teilzunehmen. – Die **Essensbons** erhalten Sie nicht mit den Zimmerschlüsseln, sondern **am Infostand** vor dem Vortragssaal, **gegen Barzahlung**.

- **Teilnahmegebühr:** **Mitgliedschaft** in der Kraniopharyngeomgruppe (Einzel- oder Familienmitgliedschaft) – die Teilnahme am Veranstaltungsprogramm ist für uns kostenfrei; Essensbeitrag und Übernachtungen werden jedoch vor Ort bezahlt.
 Nichtmitglieder – 30 € pro Erw., in bar mitzubringen (neben dem Geld für Essen u. Zimmer), 20 € pro Kind (12 bis 17 Jahre).
- **An diesen Gesprächsrunden möchten wir teilnehmen:**
 - für weibliche Betroffene Ü-18 : _____ Pers. – für Betroffene unter 18 : _____ Pers.
 - für männliche Betroffene Ü-18 : _____ Pers. – für Väter : _____ Pers.
 - für Geschwister und Partner : _____ Pers. – für Mütter : _____ Pers.
- **Ist Kinderbetreuung gewünscht?** ja, am Samstag, Anz. Kinder ____, Alter: _____
 nein ja, am Sonntag, Anz. Kinder ____, Alter: _____

Mitzubringen sind: gute Laune, Bereitschaft auf andere zuzugehen, Tischtennisschläger, Tisch-, Karten-, Brett- oder Gesellschaftsspiele, Basketball, Fußball, falls vorhanden...

E-mail (für die Anmeldebestätigung): _____

Bitte fragen Sie nach, wenn Sie 7 Tage nach der Anmeldung noch keine Bestätigung erhalten haben

Ort, Datum..... Unterschrift.....

Vielen Dank!

Hinweis: Falls im Einzelfall (z.B. Hartz-IV-Empfänger, Studierende) eine Teilnahme an den Kosten für Unterkunft oder Anfahrt scheitern würde, gibt es die Möglichkeit, dass die Kraniopharyngeomgruppe die Kosten übernimmt – bitte dort nachfragen! Tel. 0228-68846-16 Sabine Sharma (bei der Deutschen Kinderkrebsstiftung zuständig für die Verwaltung der Kraniopharyngeomgruppe)

Zimmer-Bestellungen: Die folgenden Angaben leiten wir für Sie an unser Tagungshaus, Haus Düsse, weiter. Ihr Vertragspartner für die Unterkunft wird das Landwirtschaftszentrum Haus Düsse der Landwirtschaftskammer Nordrhein-Westfalen, Ostinghausen, 59505 Bad Sassendorf, Tel. 02945-989-0. Über Stornierungsmöglichkeiten erkundigen Sie sich bitte dort.

• **Übernachtungen in Haus Düsse:** Ich/wir buchen:

	Anzahl:	Zi. mit Bad+TV (Hs. 1)	Zi. mit Bad (Hs. 2/3)	Zi. ohne Bad (Haus 3)
<u>Freitag auf Sa.</u>	___ EZ	<input type="checkbox"/> (52 €)	<input type="checkbox"/> (45 €)	<input type="checkbox"/> (32 €)
	___ DZ	<input type="checkbox"/> (84 €)	<input type="checkbox"/> (74 €)	<input type="checkbox"/> (54 €)
	___ Dreier-Zi.	-	<input type="checkbox"/> (111 €)	<input type="checkbox"/> (81 €)
	___ Vierer-Zi.	-	<input type="checkbox"/> (148 €)	
<u>Samstag auf So.</u>	___ EZ	<input type="checkbox"/> (52 €)	<input type="checkbox"/> (45 €)	<input type="checkbox"/> (32 €)
	___ DZ	<input type="checkbox"/> (84 €)	<input type="checkbox"/> (74 €)	<input type="checkbox"/> (54 €)
	___ Dreier-Zi.	-	<input type="checkbox"/> (111 €)	<input type="checkbox"/> (81 €)
	___ Vierer-Zi.	-	<input type="checkbox"/> (148 €)	

Die Preise gelten für ein Zimmer mit Frühstück (Preis pro Nacht). Alle Zimmer ohne Dusche/WC im Zimmer haben Möglichkeiten auf dem Flur. Zustellbett/Matratze 10 €/Nacht (ggf. dazuschreiben!).

Aufgrund körperlicher Einschränkungen benötigen wir ein Zimmer im Erdgeschoss.

Zimmer bitte bei Ankunft im Haupthaus von Haus Düsse (blaue Tür) bezahlen, Kartenzahlung ist möglich.

• **Wir reisen mit diesen Personen an*:**

Namen der Erwachsenen*: _____

Kinder mit Alter*: _____

Anschrift: Straße, Hausnr.*: _____

PLZ, Ort*: _____

Telefon (freiwillige Angabe): _____

***unbedingt auszufüllen, wird von Haus Düsse nur für die Zimmerbuchung verwendet.**

Ort, Datum..... Unterschrift.....

(→ ja, hier bitte nochmals unterschreiben!)