



Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllte Anmeldung bis spätestens 31.08.2018 an unsere Service-Agentur American Express Global Business Travel. Bitte beachten Sie, dass die Teilnehmerzahl für diese Veranstaltung limitiert ist.

Bristol-Myers Squibb GmbH & Co KGaA, Service-Agentur American Express Global Business Travel
Maria Hirschberger
Telefon: 089-12142-85-36

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung (3 Seiten) per E-Mail an: bristol-myers-squibb@amexgbt.com oder per Fax an: 089-12142-8529

Vom einladenden Mitarbeiter/in unbedingt auszufüllen:

E-Mail-Adresse Mitarbeiter/in: _____

Telefon Mitarbeiter/in: _____ BMS ID Mitarbeiter/in: _____

ANMELDUNG UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR NUTZUNG DER E-MAIL ADRESSE

6. Charité Schlaganfall Workshop
14.09. – 15.09.2018
Berlin

- Klinikarzt/-ärztin Praxisarzt/-ärztin selbständig Praxisarzt/-ärztin angestellt
- Ich melde mich hiermit verbindlich an. Ich kann leider nicht teilnehmen.

Die Einladung zur Veranstaltung ist NICHT ÜBERTRAGBAR. Eine Anmeldung ist nur dann möglich, wenn Sie eine persönliche Einladung von Bristol-Myers Squibb / Pfizer erhalten haben. BITTE FÜLLEN SIE DAS FORMULAR IN BLOCKSCHRIFT AUS!

Titel: _____ Vor- und Zuname: _____

Klinik-/Praxis-Adresse: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____ Telefon: _____

BITTE E-MAIL-ADRESSE IN DRUCKBUCHSTABEN ANGEBEN (für weitere Korrespondenz):

@ _____

Datenschutzerklärung:

Im Rahmen Ihrer Teilnahme an der oben bezeichneten Veranstaltung erhebt und verarbeitet die Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA („BMS“) die von Ihnen in diesem Formular angegebene Informationen („Ihre personenbezogenen Daten“). Ihre personenbezogenen Daten werden nur für Ihre Unterbringung und für die Abwicklung Ihrer Teilnahme genutzt. BMS kann Ihre personenbezogenen Daten zu den oben genannten Zwecken den Gesellschaften der BMS Unternehmensgruppe sowie an andere, sorgfältig ausgewählte Dritte, die uns bei der Planung und Durchführung von Veranstaltungen unterstützen, übermitteln. Diese Dritten werden vertraglich verpflichtet, sich strikt an Geheimhaltungsverpflichtungen und das anwendbare Recht zu halten, um Ihre personenbezogenen Daten zu schützen. Sie haben das Recht, Auskunft über die bei BMS über Sie gespeicherten Daten zu verlangen. Darüber hinaus haben Sie das Recht, gegebenenfalls die Berichtigung, Löschung und/oder Sperrung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen und/oder der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten aus berechtigten Gründen zu widersprechen. Bei Fragen zur Erhebung, Verarbeitung und/oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten bzw. zur Wahrnehmung Ihrer Rechte kontaktieren Sie bitte Ihren lokalen BMS Ansprechpartner oder wenden Sie sich per E-Mail an datenschutzbeauftragter@bms.com.

Anti-Korruptionsgesetz:

Ohne Einschränkung des Vorstehenden erkennen Sie an, dass die geltenden Gesetze Bestechung untersagen und dass eine Geldzahlung oder die Übergabe von etwas von Wert an einen Mitarbeiter einer Behörde, an politische Parteien, Kandidaten oder Angehörige eines Heilberufes zum Zweck des Erhalts oder der Beibehaltung von Geschäften verboten ist. Sie bestätigen, dass Ihnen kein derartiger Anlass bekannt ist und dass Sie nichts tun werden, was gegen geltende Anti-Korruptionsgesetze verstößt. Insbesondere werden Beschaffungsentscheidungen in keiner Weise beeinflusst, seitens BMS sind keine Erwartungen in Bezug auf eine Bevorzugung der Produkte verbunden und es ist kein Zusammenhang mit gegenwärtigen und zukünftigen Bezugsentscheidungen gegeben.

Transparenzkodex:

Auf Grund des FSA-Transparenzkodex ist BMS als Mitglied des Vereins Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V. („FSA“) künftig verpflichtet, die von uns gegenüber Angehörigen der Fachkreise und Organisationen gewährten geldwerten Leistungen zu dokumentieren und zu veröffentlichen. Sofern uns von Ihnen eine wirksame datenschutzrechtliche Einwilligung zu der Veröffentlichung vorliegt, werden wir auch die unter diesem Vertrag gewährten geldwerten Leistungen individuell, d.h. unter namen tlicher Nennung veröffentlichen. Sollte BMS von Ihnen keine wirksame Einwilligung vorliegen, werden wir die geldwerten Leistungen lediglich aggregiert veröffentlichen.

Annahme- und Verzichtserklärung:

Hiermit nehme ich Ihr Angebot zur Teilnahme an o.g. Veranstaltung an. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der o.g. Veranstaltung ausschließlich auf eigene Gefahr erfolgt und ich daher unwiderruflich auf Ansprüche gleich aus welchem Rechtsgrund, gegen Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA, ihre Gesellschafter, Geschäftsführer und Mitarbeiter verzichte.

Für Klinikarzt/-ärztin: Die Anmeldung wird erst dann gültig, wenn sie Bristol-Myers Squibb / Pfizer vom Teilnehmer/Teilnehmerin unterschrieben und inkl. ordnungsgemäßer Dienstherrenehmigung (vgl. S. 3) vorliegt.

_____, den _____

Name und Unterschrift des Teilnehmers/Teilnehmerin

Bitte leserlicher Stempel



Bitte senden Sie Ihre Anmeldung (3 Seiten) per E-Mail an: bristol-myers-squibb@amexgibt.com oder per Fax an: 089-12142-8529

Name Teilnehmer/in: _____

ANMELDUNG

6. Charité Schlaganfall Workshop

14.09. – 15.09.2018

Berlin

WICHTIGE INFORMATION

Bitte beachten Sie, dass Kosten für Selbstbuchungen (Hotel, An-/Abreise) grundsätzlich nicht von Bristol-Myers Squibb / Pfizer übernommen werden können.

A) HOTELÜBERNACHTUNG

Wir buchen für Sie vom 14.09.2018 bis 15.09.2018 ein Einzelzimmer im Scandic Hotel Kurfürstendamm Berlin.

Zimmer benötigt: ja nein

B) AN- UND ABREISE

Ihre Reisebuchung wird von Bristol-Myers Squibb / Pfizer vorgenommen. Die Veranstaltung findet am 14.09.2018 und 15.09.2018 statt. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass Ihre Reiseverbindungen zeitnah zu Veranstaltungsbeginn (17:00 Uhr) sowie direkt nach Veranstaltungsende (14:30 Uhr) gebucht werden müssen.

- Anreise mit dem PKW
- Bahnreise (Abfahrtbahnhof) _____
- Fluganreise (Abflughafen) _____ Bahnzubringer (zum Abflughafen) _____
- Ich besitze eine Bahn-Card: 1. Klasse 2. Klasse Bahn-Card Business
- mit 50 % Rabatt mit 25 % Rabatt keine Bahn-Card
- Bitte reservieren Sie: Großraum Abteil bitte keine Reservierung

KOSTENÜBERNAHME DURCH BRISTOL-MYERS SQUIBB / PFIZER

Reise- und Übernachtungskosten für den angemeldeten Referenten werden von Bristol-Myers Squibb / Pfizer übernommen. Bei Verlust Ihres Reisegepäcks haftet Bristol-Myers Squibb / Pfizer nicht, sondern es tritt die Haftung der Fluggesellschaft oder Bahn in Kraft.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei den im Folgenden genannten Beträgen um eine Kalkulation der Maximalkosten handelt. Die tatsächlichen Kosten – und nur diese werden erstattet/übernommen – können insbesondere bei den Reisekosten je nach Entfernung und Wahl der unten angegebenen Transportmittel niedriger ausfallen.

Tagungspauschale: Dieser Betrag kann auch Kosten enthalten, die nicht unmittelbar dem/der Teilnehmer/in zugutekommen (wie z. B. anteilige Kosten der Raummiete), da viele Hotels diese Kosten nicht gesondert ausweisen.

Es werden keine Freizeitaktivitäten von Bristol-Myers Squibb / Pfizer angeboten oder finanziert.

GESCHÄTZTE KOSTEN

215,00 EUR max.	1 Übernachtung in einem max. 4-Sterne-Hotel inkl. Frühstück
150,00 EUR max. (bis 100 km Anreiseentfernung)	REISEKOSTEN Flug Economy; Bahnfahrt <2 h: 2. Klasse, >2 h: 1. Klasse; An- und Abreise mit eigenem PKW 0,30 €/km (Berechnungsgrundlage: direkter Fahrtweg analog zu Google Maps), Taxikosten; Mietwagengebühren; Parkgebühren, Shuttlefahrten/Transferkosten
800,00 EUR max. (über 100 km Anreiseentfernung)	
200,00 EUR max.	VERPFLEGUNG (1 Mittagessen, 1 Abendessen à jeweils max. € 60,-, von Bristol-Myers Squibb organisiert; Tagungspauschalen)
1215,00 EUR max.	kalk. Gesamtkosten inkl. MwSt.



Bitte senden Sie Ihre Anmeldung (3 Seiten) per E-Mail an: bristol-myers-squibb@amexgbt.com oder per Fax an: 089-12142-8529

Name Teilnehmer/in: _____

GENEHMIGUNG DES/DER DIENSTHERREN/IN – KLINIKVERWALTUNG – DES/DER ARBEITGEBERS/IN

6. Charité Schlaganfall Workshop

14.09. – 15.09.2018

Berlin

GENEHMIGUNG

Wichtige Information für Klinikärzte/-innen:

Die Genehmigung des/der Dienstherren/in muss uns bis spätestens 31.08.2018 vorliegen. Ansonsten verliert die Anmeldung ihre Gültigkeit und eine Teilnahme an der Veranstaltung ist aus rechtlichen Gründen nicht möglich. Der Teilnehmer/die Teilnehmerin erhält keine Reiseunterlagen und es werden keine Kosten erstattet.

ERKLÄRUNG DES/DER DIENSTHERREN/IN - DER KLINIKVERWALTUNG – DES/DER ARBEITGEBERS/IN

Hiermit bestätigen wir, dass wir über die Teilnahme von

Herrn/Frau _____

für oben genannte Veranstaltung in Berlin unterrichtet wurden. Wir genehmigen die Teilnahme sowie die Organisation und Bezahlung folgender Kosten für den/die Teilnehmer/in durch Bristol-Myers Squibb / Pfizer.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei den im Folgenden genannten Beträgen um eine Kalkulation der Maximalkosten handelt. Die tatsächlichen Kosten – und nur diese werden erstattet/übernommen – können insbesondere bei den Reisekosten je nach Entfernung und Wahl der unten angegebenen Transportmittel niedriger ausfallen.

Tagungspauschale: Dieser Betrag kann auch Kosten enthalten, die nicht unmittelbar dem/der Teilnehmer/in zugutekommen (wie z. B. anteilige Kosten der Raummiete), da viele Hotels diese Kosten nicht gesondert ausweisen.

Es werden keine Freizeitaktivitäten von Bristol-Myers Squibb / Pfizer angeboten oder finanziert.

GESCHÄTZTE KOSTEN

215,00 EUR max.	1 Übernachtung in einem max. 4-Sterne-Hotel inkl. Frühstück
150,00 EUR max. (bis 100 km Anreiseentfernung)	REISEKOSTEN Flug Economy; Bahnfahrt <2 h: 2. Klasse, >2 h: 1. Klasse; An- und Abreise mit eigenem PKW 0,30 €/km (Berechnungsgrundlage: direkter Fahrtweg analog zu Google Maps), Taxikosten; Mietwagengebühren; Parkgebühren, Shuttlefahrten/Transferkosten
800,00 EUR max. (über 100 km Anreiseentfernung)	
200,00 EUR max.	VERPFLEGUNG (1 Mittagessen, 1 Abendessen à jeweils max. € 60,-, von Bristol-Myers Squibb organisiert; Tagungspauschalen)
1215,00 EUR max.	kalk. Gesamtkosten inkl. MwSt.

DIENSTHERR/IN - KLINIKVERWALTUNG –ARBEITGEBER/IN

Name _____

Funktion/Titel _____

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

Bitte leserlicher Stempel