

Tel.: 034954 – 903 201  
Fax: 034954 – 903 499  
E-Mail: [veranstaltung@tch-hotels.de](mailto:veranstaltung@tch-hotels.de)

**Absender:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

☎: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_



**TCH Top Conference Hotels GmbH**  
**Thiemendorfer Mark 2**  
**06796 Brehna**

### 3. Hydrocephalus und Spina bifida Kongress 05.- 06.05.2017

**Veranstaltungsort:**

H4 Hotel Hannover Messe, Würzburger Straße 21, 30880 Hannover/Laatzen

## Anmeldung

Hiermit melde ich mich / melden wir uns zur o. g. Veranstaltung der ASBH an.

Ich/Wir nehme/n teil mit \_\_\_\_\_ Person(en)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  Angehörige/Betroffene

Fachpersonal/Arzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  Angehörige/Betroffene

Fachpersonal

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  Angehörige/Betroffene

Fachpersonal

- Teilnahme 1 Tag nur am 05.05.2017 (Hydrocephalus)
- Teilnahme 1 Tag nur am 06.05.2017 (Spina bifida)
- Teilnahme 2 Tage vom 05. – 06.05.2017
- Teilnahme am Abendessen am 05.05.2017 (15 EUR pro Person)

**Kostenbeitrag inkl. Tagungsverpflegung und Abendessen am Freitag**

(Sie erhalten eine Anmeldebestätigung mit Zahlungsaufforderung)

ASBH-Mitglieder:

1 Tag : 30 EUR pro Person / Familien 50 EUR

2 Tage: 50 EUR pro Person / Familien 75 EUR

Nicht-Mitglieder (Betroffene, Angehörige):

1 Tag : 50 EUR pro Person / Familien 75 EUR

2 Tage: 75 EUR pro Person / Familien 100 EUR

Ärzte/Fachleute:

1 Tag : 75 EUR pro Person

2 Tage: 100 EUR pro Person

Abendessen am 05.05.2017:

15 EUR pro Person

**Kinderbetreuung** (Kinder bis 14 Jahre kostenfrei)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

**Stornobedingungen**

Bis zu 15 Tage vor Beginn der Veranstaltung können Sie Ihre Teilnahme kostenlos absagen. Danach bis einen Tag vor Veranstaltungsbeginn entstehen für Sie Kosten in Höhe von 50% des Teilnehmerbetrages.

Die Teilnahme erfolgt auf eigenes Risiko. Eine Haftung jeglicher Art wird der ASBH Selbsthilfe gGmbH nicht übernommen. Dieses gilt auch für Unfälle, abhanden gekommene Bekleidungsstücke und sonstige Gegenstände

**Hotelbuchung**

Benötigen Sie eine Übernachtung zu Sonderkonditionen im Kongresshotel?  ja /  nein

Für Ihre Hotelbuchung füllen Sie bitte die 2. Seite aus.

Tel.: 034954 – 903 201  
Fax: 034954 – 903 499  
E-Mail: [veranstaltung@tch-hotels.de](mailto:veranstaltung@tch-hotels.de)



## Hotelbuchung

Für den 3. Hydrocephalus und Spina bifida Kongress der ASBH haben wir ein vergünstigtes Zimmerkontingent vom **04. – 07.05.2017** reserviert:

<input type="checkbox"/> H4 Hotel Hannover Messe**** <b>(Sonderpreis)</b>		Einzelzimmer € 99,00 pro Zimmer/Nacht, inkl. Frühstück Doppelzimmer € 109,00 pro Zimmer/Nacht, inkl. Frühstück
<input type="checkbox"/> Radisson Blu Hotel Hannover**** <b>(Sonderpreis)</b>	2,3km	Einzelzimmer € 105,00 pro Zimmer/Nacht, inkl. Frühstück Doppelzimmer € 115,00 pro Zimmer/Nacht, inkl. Frühstück
<input type="checkbox"/> Best Western Parkhotel Kronsberg**** <b>(Sonderpreis)</b>	2,5km	Einzelzimmer € 97,00-122,00 pro Zimmer/Nacht, inkl. Frühstück Doppelzimmer € 111,00-142,00 pro Zimmer/Nacht, inkl. Frühstück
<input type="checkbox"/> Median Hotel Hannover Messe*** <b>(Sonderpreis)</b>	2,8km	Einzelzimmer € 57,00 pro Zimmer/Nacht, inkl. Frühstück Doppelzimmer € 67,00 pro Zimmer/Nacht, inkl. Frühstück

Bitte buchen Sie:

\_\_\_\_\_ Einzelzimmer, inklusive Frühstück vom \_\_\_\_\_.05.2017 bis \_\_\_\_\_.05.2017

\_\_\_\_\_ Doppelzimmer, inklusive Frühstück vom \_\_\_\_\_.05.2017 bis \_\_\_\_\_.05.2017

\_\_\_\_\_ Aufbettung  ja /  nein

behindertenfreundliches Zimmer (geräumig)  ja /  nein

behindertengerechtes Zimmer  ja /  nein

Hinweis: Im Kongresshotel stehen nur wenige rollstuhlgerechte Zimmer zu Verfügung.  
Gern halten wir mit Ihnen Rücksprache und vermitteln ein geeignetes Zimmer in Hannover

### Stornobedingungen

Die Zimmer im Veranstaltungshotel sind bis 28 Tage vor Anreise kostenfrei stornierbar.

### Rechnungsanschrift für Ihre Hotelbuchung (bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Kreditkartennummer \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_  
Inhaber \_\_\_\_\_ Typ \_\_\_\_\_  
Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: **Fax +49 (0) 34954-903-499 oder**

**E-Mail: [veranstaltung@tch-hotels.de](mailto:veranstaltung@tch-hotels.de)**

**Post:** TCH Top Conference Hotels GmbH  
Thiemendorfer Mark 2  
06796 Brehna

**Vielen Dank für Ihre Anmeldung!**