



**Kosteninformation und Genehmigung der Verwaltung (für Klinikangestellte)
für die Teilnahme an der Veranstaltung
"Influenzaimpfung - eine echte Herzensangelegenheit",
29.01.2025, Hof**

Name/Dienstadresse des teilnehmenden angestellten (Klinik-) Arztes:

Titel* _____ **Geschlecht*:** ☐ M ☐ W ☐ D
Vor- und Nachname*: _____
Klinik/Institut/Praxis*: _____
Straße*: _____ **PLZ, Ort*:** _____

Zeitlicher Rahmen

15.01.2025 Anreise
wissenschaftliches Programm mit Imbiss 18:00 - 20:00 Uhr

**Sanofi-Aventis Deutschland GmbH übernimmt für Sie/ erstattet Ihnen folgende Kosten
(alle Beträge brutto einschließlich Umsatzsteuer) vorbehaltlich eventuell weiterer Kosten:**

☐

die Bewirtung im Rahmen der Veranstaltung am 29.01.2025

15,- €

Kostenerstattung gemäß der Vorgaben des FSA-Kodex Fachkreise.

Es ist für uns selbstverständlich, dass diese Vereinbarung nicht in Abhängigkeit irgendeines Umsatzgeschäftes erfolgt. Wir möchten Sie auch darauf hinweisen, dass Organisation und Kosten für evtl. Begleitpersonen nicht von Sanofi übernommen werden.

Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Veranstaltungsunterlagen bei fehlender Dienstherrnunterschrift im Vorfeld nicht versenden können!

Mit der Teilnahme und der Finanzierung durch die Sanofi-Aventis-Deutschland GmbH einverstanden!

Stempel (Verwaltung), Datum, Name und Unterschrift der Verwaltung und des Dienstherrn