

Anmeldung

Am 5. Alumnitreffen der Medizinischen Fakultät Jena
am **Samstag, den 18. Juni 2016**,
im **kleinen Sitzungssaal der Rosensäle**, Fürstengraben 27, 07743 Jena

nehme ich mit _____ Personen teil.

kann ich leider nicht teilnehmen.

Bitte tragen Sie die Anzahl der Personen ein, die an der jeweiligen Führung teilnehmen möchten. Da einige Angebote in der Kapazität begrenzt sind, bitten wir auch um die Angabe einer Ausweichvariante.

1. Wahl 2. Wahl Personen

_____ **Museum anatomicum Jenense**

_____ **Bibliotheca Electoralis**

_____ **Schillers Gartenhaus**

_____ **Universitätshauptgebäude**

_____ **Fromannsches Anwesen**

_____ **Herbarium Haussknecht**

_____ **Villa Medusa**

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Tel./E-Mail: _____

Abschlussjahr: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten in die Alumni-Datei der Medizinischen Fakultät Jena aufgenommen werden.

Den Teilnehmerbeitrag in Höhe von **20 Euro pro Person** überweisen Sie bitte mit dem Vermerk „Alumnitreffen/Kostenstelle 849005“ an das Universitätsklinikum Jena.

IBAN: DE 2083 0200 8703 5760 2904, BIC: HYVEDEMM463.

Bitten senden Sie Ihre Anmeldung

per E-Mail an: alumni@med.uni-jena.de,

per Fax an: 03641/93 30 13 oder

per Post an: Dr. Uta von der Gönna,

Dekanat, Universitätsklinikum Jena, Bachstr. 18, 07743 Jena.

Für weitere Informationen stehen wir unter Tel.: 03641/93 42 93 gern zur Verfügung.

Dr. Uta von der Gönna
Dekanat
Universitätsklinikum Jena
Bachstrasse 18
07743 Jena