

ANMELDUNG 2024

Titel		Vorname*		Golfclub*	
Name*				HCPI	DGV-Ausweisnummer
Straße, Hausnummer				Angehöriger eines Heilberufs* Student*	
				Ja	Nein
				Ja	Nein
PLZ	Ort		z. B. Mediziner, Apotheker und Angehörige von allen Heilberufen.		
				*Pflichtfeld	
Geburtsdatum*		Telefonnummer		Facharzt/Heilberuf für	
E-Mailadresse*				Zimmerreservierung	
				Für Ihre Zimmerreservierung steht Ihnen unser Partner www.konsens-booking.com gerne zur Verfügung.	

ICH MÖCHTE AN FOLGENDEN TURNIERTAGEN UND VERANSTALTUNGEN TEILNEHMEN:

FREITAG, 14. JUNI 2024

Kissinger Vierer Get Together (ab 19.00 Uhr)

MEIN VIERERPARTNER IST

kein Angehöriger eines Heilberufs	mein Ehepartner	Bitte teilen Sie mir einen Partner zu	
Vorname	Name	Golfclub	HCPI

SAMSTAG, 15. JUNI 2024

Medical Open Trophy Gala-Abend (für Spieler im Preis bereits enthalten)

Saaletal-Preis (für Begleitpersonen)

Vorname	Name	Golfclub	HCPI
---------	------	----------	------

Zusätzliche Teilnahme am Gala-Abend für eine nicht-spielende Person (zzgl. 45,- Euro pro Person)

SONNTAG, 16. JUNI 2024

Medical Open Classic Medical Open Classic (Begleitperson)

DIE ANZAHLUNG VON 60,- EURO HABE ICH

bereits überwiesen (Zahlungsdetails siehe Folgeseite)

*Pflichtfeld

ANMELDUNG 2024

Golfclub Bad Kissingen e.V.
Euerdorfer Straße 11
97688 Bad Kissingen

E-Mail: info@golfclubbadkissingen.de
Faxnummer: +49 (0) 971 60140

Eine Meldebestätigung erhalten Sie postalisch oder per E-Mail nach Eingang Ihrer Anzahlung. Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular über den Button per E-Mail, postalisch oder per Fax zurück.

ÜBERWEISUNG BITTE AN:

Golfclub Bad Kissingen
IBAN: DE24 7935 1010 0000 0354 44
BIC: BYLADEM1KIS

ODER ALTERNATIV PER PAYPAL AN:

info@golfclubbadkissingen.de

AUSFÜHRLICHE INFORMATIONEN ZUR MEDICAL OPEN 2024 FINDEN SIE AUF DER WEBSEITE:

www.medical-open.de

SPIELBEDINGUNGEN:

www.medical-open.de/spielbedingungen