

## Anmeldung "Fachtag 2027"



|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| Vorname, Nachname und akad. Titel: |              |
| Fachrichtung/Beruf:                | Institution: |
| Adresse                            |              |
| Straße:                            | PLZ, Ort:    |
| Telefon:                           |              |
| E-Mail:                            |              |

Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr in Höhe von 180,- Euro auf folgendes Konto:

**IBAN: AT55 5700 0210 1115 7874**

**Kontoinhaber: Austrian Association of Biological Psychiatry – AABP**

**Bitte beachten Sie, dass die verbindliche Registrierung erst mit Eingang der Teilnahmegebühr auf unserem Konto erfolgt.**

---

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Mail an [office.oegbpn@tirol-kliniken.at](mailto:office.oegbpn@tirol-kliniken.at)