

Anmeldung

Bitte sende uns die Anmeldung bis spätestens **16. Mai 2025**
per Mail an ruth-susanne.hansen@dhg.de oder
per Post an Ruth-Susanne Hansen, Im Böhlig 4, 67157 Wachenheim

| | | | |
|---|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ich/Wir nehme/n teil am Wochenende für Familien vom 27. bis 29. Juni 2025 und benötige/n | | | |
| <input type="checkbox"/> Einzel-/Mehrbettzimmer | <input type="checkbox"/> behindertengerecht | <input type="checkbox"/> Kinderbett | <input type="checkbox"/> Hochstuhl |
| Ich/Wir nehme/n am Freitagabend am Abendessen | | <input type="checkbox"/> teil | <input type="checkbox"/> nicht teil |
| <input type="checkbox"/> Ich/Wir nehme/n die Betreuung für _____ Kind/er in Anspruch | | Alter der Kinder: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ich/Wir möchte/n mit _____ Personen am Spritzkurs teilnehmen. | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich/Wir bin/sind Tagesgast/gäste am Sonntag, dem 29. Juni 2025, von 9.00 bis 14.00 Uhr - kostenfrei | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich/Wir nehme/n die Betreuung für _____ Kind/er in Anspruch | | Alter der Kinder: _____ | |
| Ich/Wir nehme/n am Mittagessen um 12.00 Uhr | | <input type="checkbox"/> teil | <input type="checkbox"/> Hochstuhl <input type="checkbox"/> nicht teil |

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ e-Mail _____

Bemerkungen (Nahrungsmittelunverträglichkeiten, o.ä.)

Der Kostenbeitrag wird von mir bis zum 16. Mai 2025 mit dem **Betreff „Monbachtal“** auf das Konto der DHG **IBAN: DE29 2005 0550 1098 2122 67, BIC: HASPDEHHXXX** überwiesen. Erst dann ist die Anmeldung verbindlich. Mir ist bekannt, dass ich im Falle einer Stornierung nach dem 16. Mai 2025 die gesamte Gebühr bezahlen muss.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass Foto-/Filmaufnahmen, die während des Wochenendes für Familien vom 27. bis 29. Juni 2025 von mir/uns oder meiner/unsere(r) Familie gemacht werden, in den Hämophilie-Blättern, in sonstigen DHG-Publikationen und auf der Homepage der Deutschen Hämophiliegesellschaft veröffentlicht werden dürfen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____