



**KARTAGENER SYNDROM UND  
PRIMÄRE CILIÄRE DYSKINESIE e.V.**

## **Anmeldung für den Patientenkongress in Fulda von Fr. 5. Mai bis So. 7. Mai 2017**

Hier zunächst einige Informationen zu unserem Tagungsort:

### **Jugendherberge Fulda**

Schirrmannstr. 31  
36041 Fulda

Tel: +49 661 73389  
Fax: +49 661 74811

[jh-fulda@jugendherberge.de](mailto:jh-fulda@jugendherberge.de)

### **Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln**

Mit der Bahn: Bahnhof Fulda.

Mit dem Bus: Ab Hbf. mit der Linie 3 in Richtung Istergiesel bis Haltestelle Stadion.  
Von da 3 Minuten Fußweg zur Jugendherberge.

### **Anreise mit Bus/Pkw**

Von der **A7**: Ausfahrt Fulda Nord dann Leipziger Straße. Dem Vorfahrtsverlauf der Straße folgen (im Weiteren fahren Sie durch einen Tunnel). Nachdem Sie die Fulda überquert haben, fahren Sie nach links. Die Jugendherberge ist nach zirka 300 Metern ausgeschildert (Feuerwache, Jugendherberge rechts abbiegen).

Von der **A66**: Ausfahrt Fulda-Süd, dann Richtung Fulda und den Hinweisen nach Alsfeld/Lauterbach folgen. Die Jugendherberge ist dann ausgeschildert.

### **Stornierung:**

Für Stornierungen der Unterbringung in der Jugendherberge gelten folgende Konditionen: Bis 5.03.2017 ist die Stornierung kostenfrei. Bei später eintreffenden Stornierungen sind Stornierungskosten in Höhe von 50,-€ je erwachsene Person zu zahlen. Ausschlaggebend ist das Datum des Eingangs der formlosen schriftlichen Stornierung bei Susanne Böker (E-Mail oder Brief).

**Susanne Böker**  
Königswarter Str. 5  
65366 Geisenheim

**E-Mail: [stellvertreter@kartagener-syndrom.de](mailto:stellvertreter@kartagener-syndrom.de)**  
**Tel.: 06722-402963**

# ANMELDEBOGEN

Hiermit melde ich folgende Personen für das Patiententreffen 2017 in Fulda an:

Name	Vorname	Alter	PCD	KS	Angehörige/r

## Unsere Kontaktdaten:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Bei Unterbringung in der Jugendherberge (inkl. Verpflegung):

Bettzahl Erwachsener:

Kinder:

Die Unterbringung erfolgt in Doppel- oder Familienzimmern.

**Für zwei Übernachtungen sind mind. 60 € pro Erwachsenen auf das angegebene Konto zu überweisen (der Durchschnittspreis für eine Übernachtung beträgt in der JuHe pro Nacht/Vollpension ca. 35 €).**

**Für Kinder unter 18 Jahren übernimmt der Verein die Kosten**

**Einzelzimmer:** Verfügbarkeit und Preis auf Anfrage

Macht bitte hier ein Kreuz, wenn Ihr bereits am Freitag in der Jugendherberge ein Mittagessen einnehmen möchtet:

Falls Lebensmittelunverträglichkeiten oder Allergien bestehen, gebt diese bitte hier an:

---

Hier müsst Ihr nur ausfüllen, wenn Ihr **nicht** in der Jugendherberge übernachtet:

**Gebt bitte die Anzahl der gewünschten Essen in der Jugendherberge an!**

Pro Mahlzeit und Person ist ein Unkostenbeitrag von **5 €** zu entrichten.

**Den Gesamtbetrag bitte auf unser Konto überweisen!**

			<b>Mittagessen 05.05.</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abendessen 05.05.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Frühstück</b>	<b>06.05.</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Mittagessen 06.05.</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abendessen 06.05.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Frühstück</b>	<b>07.05.</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Mittagessen 07.05.</b>	<input type="checkbox"/>		

Die Reservierung erfolgt in der Reihenfolge der Anmeldungen. Es steht nur eine begrenzte Anzahl von Betten zur Verfügung.

**Die Anmeldung ist erst nach Geldeingang auf unserem Konto (s.u.) gültig!**

**Ich möchte an folgenden Workshops/Gesprächsrunden teilnehmen:**

Neueinsteigerworkshop	<input type="checkbox"/>	Kinderworkshop	<input type="checkbox"/>
Moderierter Austausch:	betreffene Erwachsene		<input type="checkbox"/>
	Angehörige betroffener Erwachsener		<input type="checkbox"/>
	Eltern betroffener Kinder		<input type="checkbox"/>
	Geschwister betroffener Kinder		<input type="checkbox"/>
	Betroffene Kinder		<input type="checkbox"/>

**Bankverbindung:**

Kartagener Syndrom und Primäre Ciliäre Dyskinesie e. V.

IBAN: DE67 5502 0500 0008 6473 00 BIC: BFSWDE33MNZ – Stichwort: Fulda

**Susanne Böker  
Königswarter Str. 5  
65366 Geisenheim**

**E-Mail: [stellvertreter@kartagener-syndrom.de](mailto:stellvertreter@kartagener-syndrom.de)  
Tel.: 06722-402963**

Datum, Unterschrift: