

**Vereinbarung über die passive Teilnahme an einer von
DIAMED Medizintechnik GmbH ausgerichteten Veranstaltung**

zwischen Teilnehmer/in:

Name: _____ Vorname: _____

Arbeitgeber/Arbeitgeber-Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

und dem Veranstalter: DIAMED Medizintechnik GmbH
Stadtwaldgürtel 77, 50935 Köln
Tel.: 0221- 940 5000 Fax.: 0221-940 500 11

Titel der Veranstaltung:	Anwenderseminar LipoClear XC Schwerpunkt Lipoproteinapherese
Veranstaltungsort:	Hotel NH Collection Nürnberg City Bahnhofstr. 17-19, 90402 Nürnberg
Veranstaltungsdauer:	04. und 05. November 2025
Teilnehmergebühr:	89,00 € inkl. MwSt

DIAMED Medizintechnik GmbH übernimmt die folgenden Kosten:

- ☒ Eine Übernachtung im Veranstaltungshotel für die Dauer der Veranstaltung (bis zu einer Höhe von 130,00 €).
- ☒ Angemessene Anreise- und Rückreisekosten von der Arbeitsstätte zum/vom Veranstaltungsort: Bahnfahrt **2. Klasse** mit der Deutschen Bahn bis/ab Hauptbahnhof Nürnberg oder An- und Abreise mit dem Pkw (km-Pauschale 0,30 €/km) bis zu einem Betrag von max. 190,00 €.
- ☒ Kosten für die Bewirtung, soweit diese sich in einem angemessenen Rahmen halten und von untergeordneter Bedeutung sind.

Der Teilnehmer versichert, dass er einer ordentlichen steuerlichen Behandlung nachkommt.

Ort/Datum: _____, den _____

Unterschrift Teilnehmer/in

Aus rechtlichen Gründen ist es erforderlich, dass Ihr Dienstherr bzw. Arbeitgeber (d.h. die Verwaltung Ihrer Einrichtung) mit der Unterstützung und Ihrer Teilnahme an dem Anwenderseminar einverstanden ist und dies genehmigt. Wir möchten Sie daher bitten, diese Vereinbarung auch von Ihrem Arbeitgeber/Verwaltung unterschreiben zu lassen.

Mit seiner/ihrer Unterschrift genehmigt der Arbeitgeber/die Dienstbehörde (Verwaltungsleitung) die Teilnahme an dem Anwenderseminar LipoClear XC.

Ort/Datum: _____, den _____

Unterschrift Verwaltungsleitung /
Dienstbehörde und Stempel oder Praxisstempel

Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte Formulare zur Teilnahme berechtigen!

Einzureichen bis spätestens 29. August 2025

Einzureichen bis spätestens 29. August 2025

Mailadresse: gabriele.schuermann@diamed.de

Postadresse:

**DIAMED Medizintechnik GmbH
Gabriele Schürmann
Stadtwaldgürtel 77
50935 Köln**

..... *Bitte hier falten!*