



DCCV e.V.
Deutsche Morbus Crohn /
Colitis ulcerosa Vereinigung

**22 Jahre Arbeitskreis „Primär Sklerosierende Cholangitis“ der DCCV e.V.
Einladung zum Bundestreffen vom 24. bis 26. Mai 2019**

Tagungshaus: Novum Akademiehôtel Kiel, Faluner Weg 2, 24109 Kiel, Tel. 0431-55076648 <https://www.novum-hotels.com/hotel-akademiehôtel-kiel>

Arzt-Patienten-Seminar am Samstag, 25. Mai 2019:

Universitätsklinikum Kiel, Hörsaal der Chirurgie, UKSH, Campus Kiel, Haus 18

Januar 2019

Liebe PSC-Betroffene, Angehörige, Interessierte und Freunde,

ich freue mich, Sie und Euch zum nächsten Bundestreffen des Arbeitskreises PSC nach Kiel einzuladen.

Wir starten am Freitagabend mit einem gemeinsamen Abendessen und Kennenlernen. Am Samstag werden wir uns an der Universitätsklinik im Rahmen des Arzt-Patienten-Seminars über den aktuellsten Stand der Diagnostik und Behandlung der PSC informieren. Anschließend können wir die Informationen „verdauen“ und uns über alles austauschen, was uns als unmittelbar Betroffene oder Angehörige bewegt.

Das vorgesehene Programm sowohl für das Bundestreffen insgesamt als auch für das Arzt-Patienten-Seminar am Samstag und ein Anmeldebogen liegen diesem Schreiben bei.

Wer noch nicht Mitglied der DCCV e.V. ist, hat jetzt noch die Gelegenheit, es zu werden und dadurch den Teilnehmerbeitrag zum Bundestreffen zu senken. Der reguläre jährliche Mitgliedsbeitrag der DCCV e.V. liegt bei 60 Euro und enthält unter anderem das Mitgliederjournal „Bauchredner“, kostenlose Informationsbroschüren, telefonische Beratung durch Fachleute und einen Sozialrechtsschutz für Verfahren vor deutschen Sozialgerichten inklusive Übernahme der Kosten der anwaltlichen Erstberatung und eventueller Gutachterkosten. Beitragsermäßigungen sind möglich. Das Beitrittsformular finden Sie online unter <https://www.dccv.de/die-dccv/mitglied-werden/formular-zur-anmeldung/>

Wir freuen uns auf das Wiedersehen in Kiel und wünschen allen eine gute Anreise!

Mit freundlichen Grüßen

Barbara Borik
Sprecherin des AK PSC



Antwort:

Bitte senden Sie das Formular per Brief, Fax oder eingescannt per E-Mail an die entsprechende der folgenden Adressen. Sofern Sie eine Übernachtung nutzen, muss diese Anmeldung bis spätestens **Freitag, 15. März 2019**, in der Geschäftsstelle der DCCV e.V. vorliegen. Denn dann muss die DCCV e.V. dem Tagungshaus verbindlich über die benötigte Zahl der Zimmer Bescheid geben. Sie erhalten dann eine Rechnung über den entsprechenden Teilnehmerbeitrag. Anmeldungen ausschließlich für die kostenfreie Teilnahme am Arzt-Patienten-Seminar im Universitätsklinikum Kiel bleiben danach noch bis zum **10. Mai 2019** möglich.

Briefpost:

Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung – DCCV – e.V.
z.Hd. Frau Sandra Polleschner
Inselstraße 1
10179 Berlin

Fax.: 030 – 2000 392 87
Scan per E-Mail: info@dccv.de

(Seminarnummer 411-10)

Anmeldung zum 19. Bundestreffen des Arbeitskreises „Primär Sklerosierende Cholangitis“ vom 24.-26.05.2019 in Kiel

1. Mitglied im Einzelzimmer (EZ, Fr-So) **150,00 €**
2. Mitglied bei Zwei-Personen-Belegung im Doppelzimmer (DZ, Fr-So) **100,00 € p.P.**
3. Mitglied im EZ (Fr-Sa, inkl. Abendessen am Sa) **100,00 €**
4. Mitglied bei Zwei-Personen-Belegung im DZ **50,00 € p.P.**
(Fr-Sa, inkl. Abendessen am Samstag)

5. Interessent/Nichtmitglied im EZ (Fr-So) **240,00 €**
6. Interessent/Nichtmitglied bei Zwei-Personen-Belegung im DZ (Fr-So) **190,00 € p.P.**
7. Interessent/Nichtmitglied im EZ (Fr-Sa, inkl. Abendessen am Sa) **170,00 €**
8. Interessent/Nichtmitglied bei Zwei-Personen-Belegung im DZ **120,00 € p.P.**
(Fr-Sa, inkl. Abendessen am Samstag)

9. Nur Teilnahme am APS **kostenfrei**
10. Mitglied Teilnahme APS und Sa Programm im Tagungshaus **25,00 €**
11. Interessent/Nichtmitglied APS und Sa Programm im Tagungshaus **45,00 €**



Name (und, falls Mitglied der DCCV e.V., die Mitgliedsnummer)	Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort	Anmeldestatus: Bitte tragen Sie zu jeder Person die zugehörige Zahl entsprechend der Aufstellung oberhalb dieser Tabelle ein

Ich biete / suche eine Mitfahrgelegenheit für ____ Person(en) von _____ nach Kiel und zurück und bin mit der Weitergabe von Name, Mailadresse und Wohnort an Teilnehmer zur Bildung von Fahrgemeinschaften einverstanden.

Sonstige Hinweise (z.B.: nur vegetarische Kost, Allergie-/Unverträglichkeitshinweise) :

Ort, Datum und Unterschrift: