

Title/Titel:

Last name/Name:

First name/Vorname:

Institution/Organisation

Street/Straße:

Postal code, city/PLZ , Ort:

Phone/Telefon

Fax:

E-Mail:

Ticket for two days/Workshopkarte (2 Tage)

Number of people/Anzahl der Personen:

Ticket for one day/Tageskarte:

Number of people/Anzahl der Personen:

Studenten-Workshopkarte:

Studenten-Tageskarte:

Kinderbetreuung:

Anzahl der Kinder:

Alter der Kinder:

**I have transferred the registration fee in the amount of _____ € to
account no. 8 570 715 01, sort code 250 700 24, Reference: "20 Years of CI",
BIC/Swift Code: DEUTDEDBHAN, IBAN: DE 22 2507 0024 0857 0715 01.**

Die Teilnahmegebühr von _____ € habe ich auf das Konto 8 570 715 01
bei der Deutschen Bank Hannover, BLZ: 250 700 24, unter dem Stichwort
„20 Jahre CI“ mit Namensangabe des/r Teilnehmer/s überwiesen.

Date and signature/Datum und Unterschrift

Kindly return by 15 September 2005!

Bitte bis zum 15. 09. 2005 ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden!

***The First Twenty Years of
Cochlear Implantation in Hannover***

*From the History to the Future of
Hearing Restoration*

October 15-16, 2005

Zwanzig Jahre

Cochlear Implantation in Hannover

Cochlear Implant gestern, heute und morgen –
Patienten und Experten berichten

15./16. Oktober 2005

45 cent

**Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Frau Friederike Kreter
OE 6500
Carl-Neuberg-Straße 1
D-30625 Hannover
Fax: +49 511 532 3293**