

**Absender:**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Institution/Klinik: \_\_\_\_\_

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

**Kontakt** · Danone Deutschland GmbH, Nutricia Metabolics · Larissa Lötzbayer · E-Mail: larissa.loetzbayer@danone.com

**Anmeldung +++ Anmeldung +++ Anmeldung** (bitte bis 20.06.2025)

## Rundgespräch „Ketogene Ernährungstherapie“ (KET)

25. Juni 2025



**Bitte kreuzen Sie Ihre Teilnahme an:**

Ich nehme am Rundgespräch 14:00 - 18:00 Uhr teil

Ich möchte gerne etwas zum Programmpunkt „Fallvorstellungen, Kurzvorträge“ beitragen.

Danone Deutschland GmbH, Nutricia Metabolics übernimmt die angemessene Bewirtung während des Rundgesprächs in Höhe von 35.00 € pro Teilnehmer. Es fallen keine Tagungsgebühren an. Die Kosten für An-/Abreise, sowie evtl. Parkgebühren tragen die Teilnehmer selbst. Insgesamt beläuft sich der Wert der Veranstaltung auf ca. 1.200.00 €.

Die Veranstalter, Teilnehmer, Referenten und Partner aus der Industrie bestätigen hiermit, dass mit der finanziellen Beteiligung an dieser Veranstaltung keinerlei rechtswidriger Einfluss auf Empfehlungen oder das Ordnungsverhalten von Ärzten, sowie auf Umsatzgeschäfte, Beschaffungsvorgänge oder Preisgestaltungen von medizinischen Einrichtungen genommen wird und auch keinerlei diesbezügliche Erwartungen seitens der beteiligten Parteien bestehen.

Aus rechtlichen Gründen ist es erforderlich, dass Ihr Dienstherr bzw. Arbeitgeber (d.h. die Verwaltung Ihrer Einrichtung) mit unserer Unterstützung Ihrer Teilnahme an der Veranstaltung einverstanden ist und dies durch die Unterzeichnung genehmigt. Wir dürfen Sie daher bitten, die Unterschrift Ihrer Verwaltung einzuholen.

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung / Funktion

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Arbeitgeber / Dienstherr

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer

Ich bin **ausschließlich** selbständig tätig und stehe in keinerlei Dienst-, Arbeits- oder sonstigem Auftragsverhältnis zu einer medizinischen Einrichtung. Sofern ich bis zum Zeitpunkt der oben genannten Veranstaltung ein Vertragsverhältnis zu einer medizinischen Einrichtung aufnehme, werde ich Nutricia unverzüglich darüber informieren und die erforderliche Genehmigung des Dienstherrn/Arbeitgebers einholen.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer