

Please return the completed form no later than October 20, 2017 to:
katharina.beier@medizin.uni-goettingen.de or fax it to ++49 551 399554

CONFERENCE REGISTRATION FORM

**Third-party Assisted Reproduction:
Challenges – Approaches – Family Realities**

**Familienbildung mit Hilfe Dritter:
Herausforderungen – Lösungsansätze – Familienrealitäten**

Last Name/Nachname: _____

First Name/Vorname: _____

Title/Titel: _____

Affiliation/Organisation: _____

Address/Adresse: _____

E-Mail: _____

Attendance/Teilnahme: November, 3 November, 4

Please use this space to outline special requirements you may have/Bitte geben Sie hier ggf. besondere Bedürfnisse an.

Please wire the conference fee of 70 Euros no later than October 20, 2017 to the following account. Please note, that a reduction of fee for one-day participation is not possible./Bitte überweisen Sie den Teilnahmebeitrag von 70 Euro bis spätestens 20. Oktober 2017 auf das folgende Konto. Eine Reduzierung der Teilnahmegebühr bei nur eintägiger Teilnahme ist leider nicht möglich ist.

Payee / Zahlungsempfänger:	Universitätsmedizin Göttingen
IBAN:	DE55 2605 0001 0000 0004 48
BIC / SWIFT-Code:	NOLADE21GOE
Reference / Verwendungszweck:	KST 1601410, name of participant, registration fee TPAR-Conference (PLEASE BE SURE TO ADD THIS)
Bank name / Bankname:	Sparkasse Göttingen