

Stoffwechselfysregulation und Immunstörungen durch Umweltbelastungen bei nitrosativem Stress

Berlin, Samstag, 10.04.2010

ab 10.00 – 18.00 Uhr

Veranstaltungsort:

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Charite Berlin
DRK Kliniken Berlin Westend, Spandauer Damm 130,
14050 Berlin

Themen- und Referenten

Uhrzeit	Thema	Referent
10-10.15	Begrüßung und Einführung	Assoc. Prof. C. Muss
10.15-11.45	Pathomechanismus beim Chronic Fatigue Syndrom /Fibromyalgie und chronisch degenerativen Erkrankungen	Prof. Martin Pall Ph.D. University Pullman, USA
11.45-12.00	Pause	
12.00-13.00	Grundlagen zum Verständnis von Multiple Chemical Sensitivity (MCS)	Prof. Martin Pall Ph.D. University Pullman, USA
13.30-14.00	Pause	
14.00-15.30	Grundlagen zum Verständnis von Multiple Chemical Sensitivity (MCS)	Prof. Martin Pall Ph.D. University Pullman, USA
15.30-15.45	Pause	
15.45-16.30	Chronische Erkrankungen durch Umweltfaktoren	Dr. Ohnesorge Präsident EuropaEM Umweltmedizin, Würzburg
16.30-17.15	Stoffwechselstörungen und Hormonimbalance bei nitrosativem Stress	Assoc. Prof. Muss Ph.D. Präsident IGAP Wien
17.15-18.00	Diagnostische Möglichkeiten bei nitrosativem Stress	Dr. Burkhard Schütz Labor Biovis

Referenten



Prof. Dr. Martin Pall Ph.D.
Washington State
University Pullman



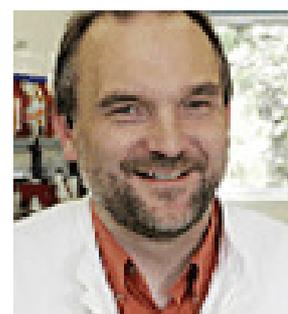
Dr. Peter Ohnesorge
Präsident EuropaEM
Umweltmedizin
Würzburg



Assoc. Prof. Dr. Claus Muss Ph.D.
Präsident I-GAP
Augsburg/Wien



Dr. Burkhard Schütz
Labor Biovis Limburg





**Internationale Gesellschaft für angewandte
Präventionsmedizin i-gap e.V.
International Society of Applied Preventive Medicine i-gap**

Seminargebühren

Seminargebühren

I-GAP Mitglieder	125.- €
Nicht I-GAP Mitglieder	175.- €

Stornobedingungen:

4 Wochen vor Seminar: frei
2 Wochen vor Seminar: 50%
danach voller Preis oder Ersatzteilnehmer

Teilnehmer die sich zur IGAP-Mitgliedschaft entscheiden, erhalten bereits bei dieser Veranstaltung den Vorzugsrabatt

Hiermit melde ich mich verbindlich für das IGAP Seminar am 10.04.2010 in Berlin mit _____ Personen an.

Ich bin durch die Veranstaltung aufmerksam geworden durch:

Währingerstr. 63, A-1090 Wien
Tel. : +43 /1 408313124
Fax : +43 /1 408313129
Mail : office@i-gap.org
Web : www.i-gap.org

Bankverbindung i-gap

Deutsche und Apotheke Bank

Konto Nummer: 0006997317
BLZ: 30060601
IBAN: DE18300 6060100
06997317
BIC: DAAEDED
Bezeichnung: bitte Name und Ort eingeben

Rückantwort: 0049 / 821 / 50 87 831

ANMELDUNG

**hiermit melde ich mich verbindlich
für das Symposium in**

Berlin 10.04.2010

Teilnehmerdaten

Name:

Adresse:

Fax:

e-mail:

Die Zahl der Teilnehmer ist begrenzt. Mit Eingang der Teilnahmegebühren wird die Anmeldung verbindlich. Die Anmeldung erfolgt in der Reihenfolge eingehender Teilnahmegebühren.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Internationale Gesellschaft für angewandte Präventionsmedizin die Seminargebühren durch Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen.

Betrag: _____ €

Name des Kontoinhabers, falls abweichend	
Konto-Nr.	
Bankleitzahl	
IBAN	
BIC	
Geldinstitut	

Unterschrift des Anmelders:

i-gap e.V.

Ja, ich möchte i-gap – Mitglied werden

Jahresbeitrag € 100,-

Währingerstr. 63
A-1090 Wien
Tel. : +43 /1 408313124
Fax : +43 /1 408313129
Mail : office@i-gap.org
Web : www.i-gap.org

Ansprechpartner: Frau Bevelaqua



Beitrittserklärung

Erklärung zum Mitgliedsbeitrag

I-GAP Internationale Gesellschaft für angewandte Präventionsmedizin e.V.
International Scientific Group of Applied Preventive Medicine/ e.V.

Ich trete I-GAP ab dem _____ als förderndes Mitglied bei und erkläre mich zur Zahlung eines Jahresbeitrages von 100,- € bereit.

Der Mitgliedsbeitrag ist nach § 10b des EStG steuerbegünstigt.

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
Hausnummer	
Wohnort	
Postleitzahl	
Land	
Telefon/ beruflich	
Telefax/ beruflich	
eMail	
Website	

Bankverbindung

Deutsche und Apotheke Bank

Konto Nummer: 0006997317

BLZ: 30060601

IBAN: DE18300 6060100 06997317

BIC: DAAEDED

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Internationale Gesellschaft für angewandte Präventionsmedizin I-GAP bis auf Widerruf, meinen oben bezifferten Mitgliedsbeitrag mit mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Bitte evtl. bestehenden Dauerauftrag löschen.

Jährlich €	100,- €
------------	----------------

Geldinstitut	
Konto-Nr.	
Bankleitzahl	
IBAN	
BIC	
Name des Kontoinhabers, falls von Mitglied abweichend	

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die vorstehenden Daten aus Rationalisierungsgründen über elektronische Datenverarbeitung erfasst und deshalb in eine Datei übernommen werden.

Datum

Unterschrift

Internationale Gesellschaft für angewandte Präventionsmedizin i-gap e.V.
(International Society for Applied Preventive Medicine i-gap)

Währingerstr. 63
A-1090 Wien
Tel. : +43 /1 408313124
Fax : +43 /1 408313129
Mail : office@i-gap.org
Web : www.i-gap.org