

# ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

\_\_\_ EPALS 18.01 – ERC-European Pediatric Advanced Life Support am 9. & 10. Juli 2018 in Nürnberg

Die Teilnahmegebühr beträgt: \_\_\_ 665,00 € \_\_\_ 635,00 € (für AGNF-Mitglieder)

**Teilnehmerdaten / Private Anschrift:**

Vorname & Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_  
Straße & Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort, Land \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Dienstliche Anschrift:**

Organisation, Institution, Firma, etc. \_\_\_\_\_ Position & Name des Ansprechpartners \_\_\_\_\_  
Straße & Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort, Land \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Rechnungsanschrift / Kostenträger:** \_\_\_ private Anschrift \_\_\_ dienstliche Anschrift

**Empfangsadresse für Kursunterlagen:** \_\_\_ private Anschrift \_\_\_ dienstliche Anschrift

Hiermit buche ich zusätzlich verbindlich, vorbehaltlich der Verfügbarkeit, folgende Leistung: (gilt nur für den Veranstaltungsort Stein)

\_\_\_ Einzelzimmer: 43,00 € pro Übernachtung inkl. Frühstück | Anreise am: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Doppelzimmer: 70,00 € pro Übernachtung inkl. Frühstück | Abreise am: \_\_\_\_\_

zusammen mit folgender Person: \_\_\_\_\_

Die Teilnahmegebühr und die Übernachtungsgebühr werden bei Rechnungsstellung fällig. Die Rechnung über die Kursgebühr erhalten Sie gesondert nach Ihrer Anmeldung. Die Zimmerbuchung ist vorbehaltlich der Zimmerverfügbarkeit und bis zum Erhalt der schriftlichen Buchungsbestätigung. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten an den Partner im Hotel- und Gaststättengewerbe weitergegeben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten für vereinsinterne Zwecke per EDV gespeichert werden. Mit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V. bin ich einverstanden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Bitte faxen Sie Ihre Anmeldung an folgende Nummer:  
**0911 - 75 52 26** oder senden sie an die folgende Adresse:  
**Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.**  
Deutenbacher Straße 1 - 90547 Stein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Kostenträgers

Arbeitsgemeinschaft  
Notfallmedizin Fürth e. V.  
Deutenbacher Straße 1  
90547 Stein

Telefon 0911 97794969  
Telefax 0911 755226  
www.agnf.org  
info@agnf.org

Vorsitzende:  
Klaus Meyer  
Petra Guttenberger, MdL  
Christian Gußner

Zertifiziert nach ISO 9001:2015  
AZAV Trägerzulassung nach §2 RV SGBIII FB 1-5  
Amtsgericht Fürth  
VR200120