

ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

Die Teilnahmegebühr beträgt:

QEP 480 01.18 – Qualifizierungslehrgang zur
Notfallsanitäter Ergänzungsprüfung

1827,00 Euro
 1734,00 Euro (für AGNF-Mitglieder)

Hinweis: In der Teilnahmegebühr sind die Unterrichtskosten in der Berufsfachschule, einschl. Tagesverpflegung enthalten.
Nicht enthalten sind die Kosten für Praktika.

Termine:

Block I: 10. bis 21. Dezember 2018
Block II: 28. Januar bis 8. Februar 2019

Block III: 25. März bis 5. April 2019
Block IV: 27. Mai bis 7. Juni 2019

Teilnehmerdaten / Private Anschrift:

| | | | |
|---|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="text"/> Vorname & Name | <input type="text"/> Geburtsdatum | <input type="text"/> Geburtsort | <input type="text"/> Geschlecht |
| <input type="text"/> Straße & Hausnummer | <input type="text"/> Telefon | <input type="text"/> Mobil | |
| <input type="text"/> PLZ | <input type="text"/> Ort | <input type="text"/> E-Mail-Adresse | |

Dienstliche Anschrift:

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="text"/> Organisation, Institution, Firma, etc. | <input type="text"/> Position & Name des Ansprechpartners | | |
| <input type="text"/> Straße & Hausnummer | <input type="text"/> Telefon | <input type="text"/> Fax | |
| <input type="text"/> PLZ | <input type="text"/> Ort, Land | <input type="text"/> E-Mail-Adresse | |

Dienstliche Anschrift / Rechnungsanschrift:

private Anschrift dienstliche Anschrift

Eine Übernachtungsmöglichkeit wird benötigt:

Ja * Nein

* Bitte füllen Sie das beiliegende Buchungsformular aus

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