

**Bildungseinrichtung für  
Notfallmedizin und Rettungswesen**

An  
 Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.  
 Deutenbacher Straße 1  
 90547 Stein  
 Telefax: 0911 755226

Ich bin Teilnehmer/in am Lehrgang: **QEP´480 01.18**

Hiermit buche ich, , verbindlich folgende Leistung:

Einzelzimmer: 43,00 € pro Übernachtung inkl. Frühstück

Doppelzimmer: 70,00 € pro Übernachtung inkl. Frühstück mit:

<b>Modul I:</b> (10. – 14. Dezember 2018):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul II:</b> (17. – 21. Dezember 2018):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul III:</b> (28. Jan. – 1. Feb. 2019):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul IV:</b> (4. – 8. Februar 2019):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul V:</b> (25. – 29. März 2019):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul VI:</b> (1. – 4. April 2019):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul VII:</b> (27. – 31. Mai 2019):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul VIII:</b> (3. – 6. Juni 2019):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Die Übernachtungsgebühr wird bei Rechnungsstellung fällig. 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.

Anschrift des Kostenträger / Rechnungsadresse:

Vorname, Name / Organisation:

Position & Name des Unterschriftsberechtigten:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl & Ort:

E-Mail-Adresse:

Ort, Datum

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