

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

Ich bin Teilnehmer/in am Lehrgang: **QEP'960 01.18**

Hiermit buche ich, , verbindlich folgende Leistung:

Einzelzimmer: 43,00 € pro Übernachtung inkl. Frühstück

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

Modul I: (10. – 14. Dezember 2018):

Anreise:

Abreise:

Modul II: (17. – 21. Dezember 2018):

Anreise:

Abreise:

Modul III: (14. – 18. Januar 2019):

Anreise:

Abreise:

Modul IV: (21. – 25. Januar 2019):

Anreise:

Abreise:

Modul V: (28. Jan. – 1. Feb. 2019):

Anreise:

Abreise:

Modul VI: (4. – 8. Februar 2019):

Anreise:

Abreise:

Modul VII: (11. – 15. Februar 2019):

Anreise:

Abreise:

Modul VIII: (11. – 15. März 2019):

Anreise:

Abreise:

Modul IX: (18. – 22. März 2019):

Anreise:

Abreise:

Modul X: (25. – 29. März 2019):

Anreise:

Abreise:

Modul XI: (1. – 5. April 2019):

Anreise:

Abreise:

Modul XII: (8. – 12. April 2019):

Anreise:

Abreise:

Modul XIII: (20. – 24. Mai 2019):

Anreise:

Abreise:

Modul XIV: (27. – 31. Mai 2019):

Anreise:

Abreise:

Modul XV: (3. – 6. Juni 2019):

Anreise:

Abreise:



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