

**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: **QVP'320 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> (15. & 16. Oktober 2018):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul II:</b> (12. – 14. November 2018):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul III:</b> (3. – 5. Dezember 2018):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul IV:</b> (17. – 19. Dezember 2018):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul V:</b> (7. – 9. Januar 2019):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul VI:</b> (4. & 5. Februar 2019):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul VII:</b> (4. – 6. März 2019):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul VIII:</b> (1. – 3. April 2019):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul IX:</b> (22. – 24. April 2019):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul X:</b> (20. & 21. Mai 2019):	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul XI:</b> (17. – 19. Juni 2019)	Anreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul XII:</b> (16. – 18. Sept. 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