

# ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

\_\_\_ AMB 19.01 – Arzneimittelbeauftragte/r im Rettungs- und Gesundheitswesen am 9. & 10. Oktober 2019 in Stein

Die Teilnahmegebühr beträgt:

\_\_\_ 295,00 €

\_\_\_ 265,00 € (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

\_\_\_ Doppelzimmer: 70,00 € pro Übernachtung inkl. Frühstück

Anreise am: \_\_\_\_\_

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