

ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

- ERCP 19.01 – ERC-Advanced Life Support – Provider-Kurs vom 15. bis 17. März 2019 in Stein
- ERCP 19.02 – ERC-Advanced Life Support – Provider-Kurs vom 14. bis 15. Mai 2019 in Nürnberg
- ERCP 19.03 – ERC-Advanced Life Support – Provider-Kurs vom 28. bis 30. Juni 2019 in Stein
- ERCP 19.04 – ERC-Advanced Life Support – Provider-Kurs vom 15. bis 16. Oktober 2019 in Nürnberg
- ERCP 19.05 – ERC-Advanced Life Support – Provider-Kurs vom 22. bis 24. November 2019 in Stein

Die Teilnahmegebühr beträgt: 625,00 € 595,00 € (für AGNF-Mitglieder)

Teilnehmerdaten / Private Anschrift:

Vorname & Name		Geburtsdatum	Geburtsort	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)

<input type="checkbox"/> Einzelzimmer: 43,00 € pro Übernachtung inkl. Frühstück	Anreise am: _____
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer: 70,00 € pro Übernachtung inkl. Frühstück	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