

ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

- ILS 19.01 – ERC-Immediate Life Support – Provider-Kurs am 1. März 2019 in Stein
 ILS 19.02 – ERC-Immediate Life Support – Provider-Kurs am 11. März 2019 in Stein
 ILS 19.03 – ERC-Immediate Life Support – Provider-Kurs am 30. Mai 2019 in Stein
 ILS 19.04 – ERC-Immediate Life Support – Provider-Kurs am 7. Juni 2019 in Stein
 ILS 19.05 – ERC-Immediate Life Support – Provider-Kurs am 11. Oktober 2019 in Stein

Die Teilnahmegebühr beträgt: 235,00 € 210,00 € (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

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