

ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

Die Teilnehmergebühr beträgt:

<input type="checkbox"/> ITLSA 19.01 – ITLS-Advanced-Provider-Kurs am 23. & 24.03.2019 in Stein	<input type="checkbox"/> 545,00 €	<input type="checkbox"/> 595,00 € (für Ärzte)
<input type="checkbox"/> ITLSA 19.02 – ITLS-Advanced-Provider-Kurs am 06. & 07.07.2019 in Stein	<input type="checkbox"/> 545,00 €	<input type="checkbox"/> 595,00 € (für Ärzte)
<input type="checkbox"/> ITLSA 19.03 – ITLS-Advanced-Provider-Kurs am 19. & 20.10.2019 in Stein	<input type="checkbox"/> 545,00 €	<input type="checkbox"/> 595,00 € (für Ärzte)
<input type="checkbox"/> ITLSP 19.01 – ITLS-Pediatric-Provider-Kurs am 18. & 19.05.2019 in Stein	<input type="checkbox"/> 455,00 €	<input type="checkbox"/> 495,00 € (für Ärzte)
<input type="checkbox"/> ITLSB 19.01 – ITLS-Basic-Provider-Kurs am 19. & 20.10.2019 in Stein	<input type="checkbox"/> 390,00 €	
<input type="checkbox"/> ITLSAR 19.01 – ITLS-Advanced-Rezertifizierung-Kurs am 25.03.2019 in Stein	<input type="checkbox"/> 345,00 €	<input type="checkbox"/> 395,00 € (für Ärzte)
<input type="checkbox"/> ITLSAR 19.02 – ITLS-Advanced-Rezertifizierung-Kurs am 18.10.2019 in Stein	<input type="checkbox"/> 345,00 €	<input type="checkbox"/> 395,00 € (für Ärzte)
<input type="checkbox"/> ITLSBR 19.01 – ITLS-Basic-Rezertifizierung-Kurs am 18.10.2019 in Stein	<input type="checkbox"/> 260,00 €	

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