

ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

- RSA 2019.01 – Abschlusslehrgang zum Rettungssanitäter vom 4. bis 9. März 2019 in Stein
 RSA 2019.02 – Abschlusslehrgang zum Rettungssanitäter vom 22. bis 27. Juli 2019 in Stein
 RSA 2019.03 – Abschlusslehrgang zum Rettungssanitäter vom 2. bis 7. September 2019 in Stein
 RSA 2019.04 – Abschlusslehrgang zum Rettungssanitäter vom 28. Oktober bis 2. November 2019 in Stein

Die Teilnahmegebühr beträgt: 420,00 € 390,00 € (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