

An  
 Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.  
 Deutenbacher Straße 1  
 90547 Stein  
 Telefax: 0911 755226

Ich bin Teilnehmer/in an der Prüfung: **EPNFS 04.19**

Hiermit buche ich, , verbindlich folgende Leistung:

Einzelzimmer: 43,00 € pro Übernachtung inkl. Frühstück

Doppelzimmer: 70,00 € pro Übernachtung inkl. Frühstück mit:

**Termin:** (2. – 5. Dezember 2019):

**Anreise:**

**Abreise:**

Die Übernachtungsgebühr wird bei Rechnungsstellung fällig. 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.

**Anschrift des Kostenträger / Rechnungsadresse:**

Vorname Name / Organisation:

Position & Name des Unterschriftsberechtigten:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl & Ort:

E-Mail-Adresse:



Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Kostenträgers