

**Bildungseinrichtung für
Notfallmedizin und Rettungswesen**

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

Ich bin Teilnehmer/in am Lehrgang: **PANFS'200 01.19**

Hiermit buche ich, , verbindlich folgende Leistung:

Einzelzimmer: 43,00 € pro Übernachtung inkl. Frühstück

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

Modul I: (7. – 11. Oktober 2019):	Anreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Modul II: (21. – 25. Oktober 2019):	Anreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Modul III: (11. – 15. November 2019):	Anreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Modul IV: (9. - 13. Dezember 2019):	Anreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Modul V: (13. – 17. Januar 2020):	Anreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

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