

**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: **QEP'480 01.19**

Hiermit buche ich, , verbindlich folgende Leistung:

Einzelzimmer: 43,00 € pro Übernachtung inkl. Frühstück

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

<b>Modul I:</b> (29.04. - 03.05.2019):	Anreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul II:</b> (06.05. - 10.05.2019):	Anreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul III:</b> (08.07. - 12.07.2019):	Anreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul IV:</b> (15.07. - 19.07.2019):	Anreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul V:</b> (09.09. - 13.09.2019):	Anreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul VI:</b> (16.09. - 20.09.2019):	Anreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul VII:</b> (18.11. - 22.11.2019):	Anreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Abreise: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
<b>Modul VIII:</b> (25.11. - 29.11.2019):	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