

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

Ich bin Teilnehmer/in am Lehrgang: **QEP'960 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: (29.04. – 03.05.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul II: (06.05. – 10.05.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul III: (13.05. - 17.05.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul IV: (01.07. - 05.07.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul V: (08.07. - 12.07.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul VI: (15.07. - 19.07.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul VII: (22.07. - 26.07.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul VIII: (26.08. - 30.08.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul IX: (02.09. - 06.09.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul X: (09.09. - 13.09.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul XI: (16.09. - 20.09.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul XII: (21.10. - 25.10.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul XIII: (28.10. - 01.11.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul XIV: (18.11. - 22.11.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input type="text"/>
Modul XV: (25.11. - 29.11.2019):	Anreise: <input type="text"/>	Abreise: <input 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