

ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

- BLS 22.01 – ERC-Basic Life Support – Provider-Kurs am 12. Mai 2022 ab 16:00 Uhr in Fürth
- BLS 22.02 – ERC-Basic Life Support – Provider-Kurs am 18. Juli 2022 ab 13:00 Uhr in Fürth
- BLS 22.03 – ERC-Basic Life Support – Provider-Kurs am 16. September 2022 ab 9:00 in Fürth
- BLS 22.04 – ERC-Basic Life Support – Provider-Kurs am 10. November 2022 ab 16:00 in Fürth

- BLS-I 22.01 – ERC-Basic Life Support – Instruktoren-Kurs am 13. Mai 2022 in Fürth
- BLS-I 22.02 – ERC-Basic Life Support – Instruktoren-Kurs am 11. November 2022 in Fürth

Die Teilnahmegebühr:

BLS-Provider-Kurs:	<input type="checkbox"/> 105,00 €	<input type="checkbox"/> 95,00 € (für AGNF-Mitglieder)
BLS-Instruktoren-Kurs:	<input type="checkbox"/> 250,00 €	

Teilnehmerdaten / Private Anschrift:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname & Name	Geburtsdatum	Mobiltelefon	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße & Hausnummer	Beruf	Fachrichtung	Mitgliedsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Ort, Land	E-Mail-Adresse	

Dienstliche Anschrift:

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Organisation, Institution, Firma, etc.	Position & Name des Ansprechpartners		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße & Hausnummer	Telefon	Fax	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
PLZ	Ort, Land	E-Mail-Adresse	

Rechnungsanschrift / Kostenträger: private Anschrift dienstliche Anschrift

Empfangsadresse für Kursunterlagen: private Anschrift dienstliche Anschrift

Die Teilnahmegebühr wird bei Rechnungsstellung fällig. Die Rechnung über die Kursgebühr erhalten Sie gesondert nach Ihrer Anmeldung. 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