

# ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

- EPALS 22.01 – ERC-Pediatric Advanced Life Support – Provider-Kurs am 10. & 11. Februar 2022 in Fürth
- EPALS 22.02 – ERC-Pediatric Advanced Life Support – Provider-Kurs am 10. & 11. März 2022 in Fürth
- EPALS 22.03 – ERC-Pediatric Advanced Life Support – Provider-Kurs am 7. & 8. Juli 2022 in Fürth
- EPALS 22.04 – ERC-Pediatric Advanced Life Support – Provider-Kurs am 20. & 21. Oktober 2022 in Fürth
- EPALS 22.05 – ERC-Pediatric Advanced Life Support – Provider-Kurs am 20. & 21. Oktober 2022 in Fürth
- EPALS 22.06 – ERC-Pediatric Advanced Life Support – Provider-Kurs am 23. & 24. September 2022 in Passau
- 
  
- EPALS-R 22.01 – ERC-Pediatric Advanced Life Support – Refresher-Kurs am 11. März 2022 in Fürth
- EPALS-R 22.02 – ERC-Pediatric Advanced Life Support – Refresher-Kurs am 8. Juli 2022 in Fürth
- EPALS-R 22.03 – ERC-Pediatric Advanced Life Support – Refresher-Kurs am 21. Oktober 2022 in Fürth

**Die Teilnahmegebühr:**  
**ALS-Provider-Kurs:**  695,00 €  665,00 € (für AGNF-Mitglieder)  
**ALS-Refresher-Kurs:**  310,00 €

**Teilnehmerdaten / Private Anschrift:**

_____ Vorname & Name	_____ Geburtsdatum	_____ Mobiltelefon	_____ Geschlecht
_____ Straße & Hausnummer	_____ Beruf	_____ Fachrichtung	_____ Mitgliedsnummer
_____ PLZ	_____ Ort, Land	_____ E-Mail-Adresse	

**Dienstliche Anschrift:**

_____ Organisation, Institution, Firma, etc.	_____ Position & Name des Ansprechpartners		
_____ Straße & Hausnummer	_____ Telefon	_____ Fax	
_____ 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. Zum Erhalt der internationalen Zertifikate und Vorbereitungsunterlagen werden Ihre Daten an die jeweiligen Organisationen weitergegeben. 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