

# ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

Die Teilnahmegebühr beträgt:

EPNFS 01.20 – Staatliche Ergänzungsprüfung zum Notfallsanitäter

370,00 Euro

Vorläufiger Prüfungstermin: 22. bis 25. Juni 2020

## Teilnehmerdaten / Private Anschrift:

|   |                                      |  |                                    |
|---|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="text"/><br>Vorname & Name      | <input type="text"/><br>Geburtsdatum | <input type="text"/><br>Geburtsort     | <input type="text"/><br>Geschlecht |
| <input type="text"/><br>Straße & Hausnummer | <input type="text"/><br>Telefon      | <input type="text"/><br>Mobil          |                                    |
| <input type="text"/><br>PLZ                 | <input type="text"/><br>Ort          | <input type="text"/><br>E-Mail-Adresse |                                    |

## Dienstliche Anschrift:

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

## Dienstliche Anschrift / Rechnungsanschrift:

private Anschrift       dienstliche Anschrift

    

Die Teilnahmegebühr wird bei Rechnungsstellung fällig und findet gesondert statt.  
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

Arbeitsgemeinschaft  
Notfallmedizin Fürth e. V.  
Deutenbacher Straße 1  
90547 Stein

Telefon 0911 97794969  
Telefax 0911 755226  
www.agnf.org  
info@agnf.org

Vorsitzende:  
Klaus Meyer  
Petra Guttenberger, MdL  
Christian Gußner

Zertifiziert nach ISO 9001:2015  
AZAV Trägerzulassung nach §2 RV SGBIII FB 1-5  
Amtsgericht Fürth  
VR200120