

ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

___ ILS 20.01 – ERC – Immediate Life Support – Provider-Kurs am 15. Januar 2020 in Stein

Die Teilnahmegebühr beträgt: ___ 235,00 € ___ 210,00 € (für AGNF-Mitglieder)

Teilnehmerdaten / Private Anschrift:

Vorname & Name		Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht
Straße & Hausnummer		Qualifikation	Mobil-Telefon	
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 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