

ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

Die Teilnehmergebühr beträgt:

<input type="checkbox"/> ITLSA 20.01 – ITLS-Advanced-Provider-Kurs am 21. & 22.03.2020 in Stein	<input type="checkbox"/> 545,00 €	<input type="checkbox"/> 595,00 € (für Ärzte)
<input type="checkbox"/> ITLSC 20.02 – ITLS-Advanced-Provider-Kurs am 04. & 05.07.2020 in Stein	<input type="checkbox"/> 545,00 €	<input type="checkbox"/> 595,00 € (für Ärzte)
<input type="checkbox"/> ITLSC 20.03 – ITLS-Advanced-Provider-Kurs am 24. & 25.10.2020 in Stein	<input type="checkbox"/> 545,00 €	<input type="checkbox"/> 595,00 € (für Ärzte)
<input type="checkbox"/> ITLSP 20.01 – ITLS-Pediatric-Provider-Kurs am 20. & 21.06.2020 in Stein	<input type="checkbox"/> 455,00 €	<input type="checkbox"/> 495,00 € (für Ärzte)
<input type="checkbox"/> ITLSC 20.02 – ITLS-Basic-Provider-Kurs am 04. & 05.07.2020 in Stein	<input type="checkbox"/> 390,00 €	
<input type="checkbox"/> ITLSC 20.03 – ITLS-Basic-Provider-Kurs am 24. & 25.10.2020 in Stein	<input type="checkbox"/> 390,00 €	
<input type="checkbox"/> ITLSAC 20.01 – ITLS-Access-Provider-Kurs am 14.03.2020 in Stein	<input type="checkbox"/> 345,00 €	
<input type="checkbox"/> ITLSAC 20.02 – ITLS-Access-Provider-Kurs am 15.03.2020 in Stein	<input type="checkbox"/> 345,00 €	
<input type="checkbox"/> ITLSAC 20.01 – ITLS-Access-Provider-Kurs am 31.10.2020 in Stein	<input type="checkbox"/> 345,00 €	
<input type="checkbox"/> ITLSCR 20.02 – ITLS-Advanced-Rezertifizierung-Kurs am 23.10.2020 in Stein	<input type="checkbox"/> 345,00 €	<input type="checkbox"/> 395,00 € (für Ärzte)
<input type="checkbox"/> ITLSCR 20.02 – ITLS-Basic-Rezertifizierung-Kurs am 23.10.2020 in Stein	<input type="checkbox"/> 260,00 €	

Teilnehmerdaten / Private Anschrift:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Vorname & Name</small>	<small>Geburtsdatum</small>	<small>Geburtsort</small>	<small>Geschlecht</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<small>Straße & Hausnummer</small>	<small>Qualifikation</small>	<small>Mobil</small>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<small>PLZ</small>	<small>Ort, Land</small>	<small>E-Mail-Adresse</small>	

Dienstliche Anschrift:

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

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