

# ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

Die Teilnahmegebühr beträgt:

VPNFS 01.20 – Staatliche Vollprüfung zum Notfallsanitäter

490,00 Euro

## Termine:

schriftlicher Prüfungsteil:  
praktischer & mündlicher Prüfungsteil:

13. - 15. Juli 2020  
21. - 23. September 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