

ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

- NLS 21.01 – ERC-Newborn Life Support – Provider-Kurs am 10. März 2021 in Fürth
- NLS 21.02 – ERC-Newborn Life Support – Provider-Kurs am 11. Mai 2021 in Fürth
- NLS 21.03 – ERC-Newborn Life Support – Provider-Kurs am 7. Juli 2021 in Fürth
- NLS 21.04 – ERC-Newborn Life Support – Provider-Kurs am 28. September 2021 in Fürth
- NLS 21.05 – ERC-Newborn Life Support – Provider-Kurs am 10. November 2021 in Fürth
- NLS 21.06 – ERC-Newborn Life Support – Provider-Kurs am 17. April 2021 in Würzburg
- NLS 21.07 – ERC-Newborn Life Support – Provider-Kurs am 20. November 2021 in Würzburg

Die Teilnahmegebühr: NLS-Provider-Kurs: 295,00 € 275,00 € (für AGNF-Mitglieder)

Teilnehmerdaten / Private Anschrift:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname & Name	Geburtsdatum	Mobiltelefon	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße & Hausnummer	Beruf	Fachrichtung	Mitgliedsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort, Land	E-Mail-Adresse	

Dienstliche Anschrift:

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Organisation, Institution, Firma, etc.	Position & Name des Ansprechpartners		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße & Hausnummer	Telefon	Fax	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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. 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