

ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

- ITLSC 22.01 – ITLS-Combined-Provider-Kurs am 19. & 20.03.2022 in Fürth
- ITLSC 22.02 – ITLS-Combined-Provider-Kurs am 02. & 03.07.2022 in Fürth
- ITLSC 22.03 – ITLS-Combined-Provider-Kurs am 01. & 02.10.2022 in Fürth
- ITLSP 22.01 – ITLS-Pediatric-Provider-Kurs am 12. & 13.02.2022 in Fürth
- ITLSP 22.01 – ITLS-Pediatric-Provider-Kurs am 24. & 25.09.2022 in Fürth
- ITLSCR 22.01 – ITLS-Combined-Rezertifizierung-Kurs am 18.3.2022 in Fürth
- ITLSCR 22.02 – ITLS-Combined-Rezertifizierung-Kurs am 30.9.2022 in Fürth
- ITLSAC 22.01 – ITLS-Access-Provider-Kurs am 21.05.2022 in Fürth
- ITLSAC 22.02 – ITLS-Access-Provider-Kurs am 22.10.2022 in Fürth

Die Teilnehmergebühr beträgt:

- 595,00 € 645,00 € (für Ärzte)
- 595,00 € 645,00 € (für Ärzte)
- 595,00 € 645,00 € (für Ärzte)
- 595,00 € 645,00 € (für Ärzte)
- 595,00 € 645,00 € (für Ärzte)
- 345,00 € 395,00 € (für Ärzte)
- 345,00 € 395,00 € (für Ärzte)
- 345,00 € 395,00 € (für Ärzte)
- 345,00 € 395,00 € (für Ärzte)

Teilnehmerdaten / Private Anschrift:

_____ Vorname & Name		_____ Geburtsdatum	_____ Mobiltelefon	_____ Geschlecht
_____ Straße & Hausnummer		_____ Beruf	_____ Fachrichtung	
_____ 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. 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