

ANMELDUNG

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Fürth e. V.



Hiermit melde ich mich für die folgende Veranstaltung verbindlich an:

___ NASIM 25 – Notarzt-Simulationstraining vom 16. – 18. Oktober 2020 in Stein

Die Teilnahmegebühr beträgt:

___	1899,00 €	Inklusive Tagesverpflegung und Kursdinner am 1. Kurstag
___	1699,00 €	Für ehemalige Notarztkursteilnehmer unseres Kooperationspartners MEDI-LEARN
___	1699,00 €	Für ehemalige Teilnehmer an einem ERC ALS- oder EPALS-Providerkurs durchgeführt durch die AGNF

Teilnehmerdaten / Private Anschrift:

_____ Vorname & Name	_____ Geburtsdatum	_____ Geburtsort	_____ Geschlecht
_____ Straße & Hausnummer	_____ Qualifikation	_____ Mobiltelefon	
_____ 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