

A N M E L D U N G
Basis-/Aufbaukurse Reanimation

Sächsische Landesärztekammer
Fortbildung - Frau Treuter
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Rücksendung per Post bitte an
nebenstehende Adresse oder
per Fax: **0351 82 67-322**

Hiermit melde ich mich verbindlich für einen

Basis-/Aufbaukurs Reanimation zu folgenden Terminen an:

Basiskurse für Ärzte (4 Stunden)

Aufbaukurse für Ärzte (4 Stunden)

Termine: 02.03.2012
 01.06.2012
 14.09.2012
 16.11.2012

 03.03.2012
 02.06.2012
 15.09.2012
 17.11.2012

Beginn: Basiskurse 16:00 Uhr

 Aufbaukurse 09:00 Uhr

im Universitätsklinikum Leipzig AöR, Klinik für Anesthesiologie und Intensivtherapie, 1. Etage, Aufgang B, Raum B1178, Liebigstr. 20, 04103 Leipzig an.

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____ Arzt-Nr.: _____

Wohnanschrift und Telefon: _____

Dienstadresse: _____

Rechnungsanschrift: _____

Die Anmeldung wird schriftlich bestätigt. Die **Teilnahmegebühr beträgt 32 EUR je Kurstermin** und ist nach Erhalt der Zahlungsaufforderung bis zwei Wochen vor Beginn der Veranstaltung zu zahlen. Nach verbindlicher Anmeldung kann eine **Stornierung nur in schriftlicher Form** erfolgen. Bis **7 Tage** vor Veranstaltungsbeginn kann die Anmeldung **kostenfrei** storniert werden, bis **3 Tage** vor Veranstaltungsbeginn werden **50 % der Teilnahmegebühr** berechnet. Bei Absagen, die **später als 3 Tage** vor Beginn der Veranstaltung eingehen bzw. bei **Nichterscheinen** des Teilnehmers wird die **gesamte Teilnahmegebühr** fällig. Es kann bis zum Beginn der Veranstaltung ein geeigneter Ersatzteilnehmer benannt werden.

Arztstempel/Unterschrift

Ort/Datum