

A N M E L D U N G
zum Seminarkurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst 2010

Sächsische Landesärztekammer
Referat Fortbildung - Frau Dobriwolski
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

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

Hiermit melde ich mich verbindlich für den

8. Seminar Ärztlicher Leiter Rettungsdienst vom 31. Oktober bis 03. November 2010
in Oberwiesenthal im PANORAMA-Hotel an.

Name: _____ Vorname: _____

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

Wohnanschrift und Telefon: _____

Dienstadresse und Telefon: _____

Rechnungsanschrift: _____

Gebietsanerkennung (Facharzt) für: _____

Med. Staatsexamen: _____

Fachkunde Rettungsdienst seit: _____ Zusatzbezeichnung Notfallmedizin seit: _____

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt und schriftlich bestätigt. Die **Teilnahmegebühr beträgt 550,- EUR** und ist nach Erhalt des Gebührenbescheides bis 14 Tage vor Kursbeginn zu zahlen. Nach verbindlicher Anmeldung kann eine **Stornierung nur in schriftlicher Form** erfolgen. Bis **14 Tage vor Kursbeginn** kann die Anmeldung **kostenfrei** storniert werden, bis **3 Tage vor Kursbeginn** werden **50% der Teilnahmegebühr** berechnet. Bei Absagen, die **später als 3 Tage** vor Kursbeginn eingehen bzw. bei **Nichterscheinen** des Teilnehmers wird die **gesamte Teilnahmegebühr** fällig. Es kann bis zum Beginn des Kurses ein geeigneter Ersatzteilnehmer benannt werden.

Arztstempel/Unterschrift

Ort/Datum