

# ANMELDUNG

## Basis-/Aufbaukurse Reanimation

**Sächsische Landesärztekammer**  
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 einen

**Basis-/Aufbaukurs Reanimation** zu folgenden Terminen an:

### Basiskurse für Ärzte (4 Stunden)

### Aufbaukurse für Ärzte (4 Stunden)

Termine:     16.03.2011  
               18.05.2011  
               21.09.2011  
               23.11.2011

30.03.2011  
               25.05.2011  
               05.10.2011  
               07.12.2011

Beginn: jeweils 18.00 Uhr

**in den Räumlichkeiten der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16,  
01099 Dresden** 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