

**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:     18.06.2010  
               10.09.2010  
               26.11.2010

19.06.2010  
               11.09.2010  
               27.11.2010

Beginn:        Basiskurse 16:00 Uhr

                  Aufbaukurse 09:00 Uhr

im Universitätsklinikum Leipzig AöR, Klinik für Anästhesiologie 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