

Anmeldung zum Reanimationskurs
für Medizinische Fachangestellte und Praxispersonal

Sächsische Landesärztekammer
MFA Fortbildung
Frau Marx
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Fax: 0351 8267-377

Hiermit melde ich mich verbindlich für den

Reanimationskurs für MFA, am 12.03.2011, 08.30 – 15.00 Uhr,
(8 Stunden)

in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, an.

Name : _____ Vorname: _____

Wohnanschrift: _____

_____ SLÄK-Nr.: _____

Dienstadresse: _____

_____ Telefon: _____

Fax: _____

Rechnungsanschrift: _____

Die Anmeldung wird schriftlich bestätigt. Die Teilnahmegebühr beträgt **40,00 EUR** und ist nach Erhalt der Zahlungsaufforderung bis eine Woche 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. Der Kurs kann bei zu geringer Teilnehmerzahl abgesagt werden.

Ort/Datum

Unterschrift