

Anmeldeformular

für den Kompaktkurs
Internistische Intensivmedizin
vom 10.-12.09.2010

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenhaus: _____

Fachrichtung: _____

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o. g. Kurs an.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Kursgebühr in Höhe von 560 € überweise ich nach Erhalt der Rechnung auf das auf der Rechnung angegebene Konto.

Anmeldeformular bitte schicken an:

Dr. med. Volker Herold

Waldweg 11

93138 Lappersdorf

Fax: 0941-8305464

Teilnahmebedingungen:

Die Kursgebühr wird nach schriftlicher Zusage durch den Veranstalter fällig. Bis vier Wochen vor Kursbeginn wird bei Rücktritt die Hälfte der Kursgebühr in Rechnung gestellt, im Anschluß daran ist bei Rücktritt die volle Gebühr fällig. Ein Ersatzteilnehmer kann allerdings jederzeit benannt werden. Kündigungen und Rücktritte haben schriftlich zu erfolgen. Mit der Abgabe der Anmeldung erkennt der Teilnehmer die Teilnahmebedingungen an. Bei zu geringer Beteiligung kann der Kurs vom Veranstalter abgesagt werden. Ansprüche auf Schadensersatz bestehen nicht. In diesem Falle wird die bereits bezahlte Kursgebühr in vollem Umfang zurückerstattet. Der Veranstalter haftet nicht für Verluste, Unfälle, Schäden an Personen oder Sachen gleich welchen Ursprungs. Der Veranstaltungsteilnehmer beteiligt sich auf eigene Gefahr.