

## Anmeldeformular

ALEXIANER GMBH / SIMULATORIUM / Berliner Platz 8 / 48143 Münster

**SIMULATORIUM**

TEL: (02501) 966-55532

FAX: (02501) 966-55535

E-MAIL: [simulatorium@alexianer.de](mailto:simulatorium@alexianer.de)

**Bitte achten Sie darauf, dass Sie das Anmeldeformular vollständig und leserlich (in Druckbuchstaben) ausfüllen!**

Ich melde mich für folgende Veranstaltung(en) verbindlich an:

Titel der Veranstaltung: Zusatzqualifikation: Akut- und  
Notfallmedizin „alters- und geschlechtsspezifische Notfälle“  
**16.05.2022 – 18.05.2022** Kursgebühr: **795 Euro**

Titel der Veranstaltung: AHA PALS Provider Kurs  
(optional, bei Teilnahme bitte ankreuzen) **19.05.2022 – 20.05.2022** Kursgebühr: **545 Euro**

### Teilnehmer/in

Anrede Vorname Name:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Abteilung/ Einsatzort:

Position/ Qualifikation:

Rechnungsadresse:  dienstlich  privat

Kontaktadresse:  dienstlich  privat  
(falls abweichend)

Telefonnummer:  
(für kurzfristige Erreichbarkeit)

E-Mail-Adresse:

**Ich erkläre mich einverstanden, dass meine persönlichen Angaben zu lehrgangsorganisatorischen Zwecken elektronisch verarbeitet werden. Die Teilnahmebedingungen werden von mir akzeptiert. Über das mir zustehende Widerrufsrecht wurde ich belehrt. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass das 14-tägige Widerrufsrecht ab dem Tag des Vertragsschlusses beginnt.**

Mindestteilnehmerzahl: 12

.....  
Ort, Datum

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/r Teilnehmers/-in

.....  
Unterschrift des Arbeitgebers / Stempel  
**(bei Kostenübernahme)**