

Anmeldeformular 3. Jenaer Kindernotfalltag „Kleine stressen Große“ • 17.08.2024

Kontaktdaten:

Name, Vorname: _____

Straße, Nummer: _____ PLZ, Ort: _____

Praxis/Klinik: _____

Ggf. EFN-Nummer: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Hiermit möchte ich mich für folgende Veranstaltung(en) verbindlich anmelden:

3. Jenaer Kindernotfalltag		Uhrzeit	Nr.	Gebühr	Teilnehmername (wenn abweichend v. o. g.)
<input type="checkbox"/>	Theorie/Vortragsprogramm Teilnahme Präsenz	09:00–12:00	3259	<input type="checkbox"/> 50 € Ärzte <input type="checkbox"/> 25 € Pflege/Studierende	
<input type="checkbox"/>	Theorie/Vortragsprogramm Teilnahme Online	09:00–12:00	3289	<input type="checkbox"/> 50 € Ärzte <input type="checkbox"/> 25 € Pflege/Studierende	
<input type="checkbox"/>	Fallvorstellungen Teilnahme Präsenz	13:00–14:30	3290	In Gebühr enthalten	
<input type="checkbox"/>	Fallvorstellungen Teilnahme Online	13:00–14:30	3291	In Gebühr enthalten	
<input type="checkbox"/>	PALS-Workshop	12:45–14:45	3260	40 €	
<input type="checkbox"/>		15:00–17:00	3261		
<input type="checkbox"/>	NLS-Workshop	13:00–14:30	3264	30 €	
<input type="checkbox"/>		14:45–16:15	3265		
<input type="checkbox"/>	BLS-Workshop	13:00–14:00	3262	30 €	
<input type="checkbox"/>		14:15–15:15	3263		
<input type="checkbox"/>	Workshop Airwaymanagement Säugling und Kind	13:00–14:30	3292	30 €	
<input type="checkbox"/>		14:45–16:15	3293		
<input type="checkbox"/>	Workshop Debriefing nach Krisensituationen	13:00–15:00	3294	30 €	
<input type="checkbox"/>	Workshop 1x1 der Kinder- sprechstunde	13:00–14:30	3295	30 €	
<input type="checkbox"/>		14:45–16:15	3296		
<input type="checkbox"/>	Workshop FAST Sonographie	13:00–14:30	3312	40 €	
<input type="checkbox"/>		14:45–16:15	3313		

Weitere Teilnehmer:

Name, Vorname, ggf. EFN: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon + E-Mail: _____

Veranstaltung: _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates – bitte unbedingt ausgefüllt zurücksenden

Teilnahme-/ Zahlungsbedingungen: Nach Eingang dieser Anmeldung erhalten Sie eine Kursplatzbestätigung. Eine Teilnahme ohne Kursplatzbestätigung ist nicht möglich. Die Kursplätze werden in der Reihenfolge der eingehenden Anmeldungen (bei vollständig ausgefülltem SEPA-Lastschriftmandat) vergeben. Die Teilnehmerzahl pro Veranstaltung ist begrenzt. Der Kurs findet nur statt, wenn eine Mindestteilnehmerzahl erreicht wird.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats (bitte unbedingt ausgefüllt zurücksenden)

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE 87ZZZ00000070668

Mandatsreferenz: 01-

Ich ermächtige die Landesärztekammer Thüringen, die Kursgebühr von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Landesärztekammer Thüringen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: D E ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

(IBAN und BIC finden Sie auf Ihrer Bankkarte oder Ihrem Kontoauszug)

Datum, Ort und Unterschrift:

Abmeldebedingungen: Abmeldungen haben stets schriftlich zu erfolgen. Der Rücktritt bis zum Fälligkeitstermin ist kostenlos möglich. Bei Rücktritt eines Teilnehmers bis 10 Tage vor Kursbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 15 % der Kursgebühr (mind. 10,00 €), bei Rücktritt bis 5 Tage vor Kursbeginn in Höhe von 50 % der Gesamtgebühr erhoben. Eine Erstattung der Gesamtgebühr ist bei späterer Absage oder Nichterscheinen nicht mehr möglich.