

Anmeldeformular 4. Jenaer Kindertotfalltag „Halbstarke stressen Große“ • 06.09.2025
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:

4. Jenaer Kindertotfalltag		Uhrzeit	Nr.	Gebühr	Teilnehmername (wenn abweichend v. o. g.)
<input type="checkbox"/>	Theorie/Vortragsprogramm Teilnahme Präsenz	08:30–12:00	3507	<input type="checkbox"/> 60 € Ärzte <input type="checkbox"/> 25 € Pflege/Studierende	
<input type="checkbox"/>	Theorie/Vortragsprogramm Teilnahme Online	08:30–12:00	3508	<input type="checkbox"/> 60 € Ärzte <input type="checkbox"/> 25 € Pflege/Studierende	
<input type="checkbox"/>	Fallvorstellungen Teilnahme Präsenz	13:00–15:00	3510	<input type="checkbox"/> 20 €	
<input type="checkbox"/>	Fallvorstellungen Teilnahme Online	13:00–15:00	3509	<input type="checkbox"/> 20 €	
<input type="checkbox"/>	PALS-Workshop	12:45–14:45	3503	40 €	
<input type="checkbox"/>	PALS-Workshop (für Interessierte mit Vorkenntnissen in der Kinderreanimation)	14:45–16:45	3504	40 €	
<input type="checkbox"/>	NLS-Workshop (empfohlen für Fachrichtungen Pädiatrie, Anästhesie, Notfallmedizin)	13:00–14:30	3501	40 €	
<input type="checkbox"/>		14:45–16:15	3502		
<input type="checkbox"/>	BLS-Workshop	13:00–14:00	3496	30 €	
<input type="checkbox"/>		14:15–15:15	3497		
<input type="checkbox"/>	Workshop Airwaymanagement Kind	13:00–14:30	3494	40 €	
<input type="checkbox"/>		14:45–16:15	3495		
<input type="checkbox"/>	Deeskalierende Kommunikation in verschiedenen Situationen	13:00–15:00	3498	30 €	
<input type="checkbox"/>	Workshop 1x1 der Kinder- CHIRURGISCHEN Sprechstunde	13:00–14:30	3505	40 €	
<input type="checkbox"/>	Workshop 1x1 der präklinischen Kindermedizin: was geht auch ohne stationäre Vorstellung	14:30–16:00	3506	40 €	
<input type="checkbox"/>	Workshop FAST Sonographie	13:00–14:30	3499	40 €	
<input type="checkbox"/>		14:45–16:15	3500		

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.

Bitte vor dem Senden speichern.
(Übermittlung sonst nicht möglich)