BITTE LESERLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN. VIELEN DANK!

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllte Anmeldung an:

E-Mail: <u>berliner-simulationstraining@charite.de</u>

Fax: 030 450 7 531 229

☐ Frau / ☐ Herr	
ggf. Titel, Vorname und Name	E-Mail-Adresse
Privatanschrift (erforderlich!)	
Straße und Hausnummer	
PLZ Stadt	Telefon
Klinik, Abteilung, Funktion	
Hiermit melde ich mich verbindlich für folgenden Kurs an: "Kurs zur kardiopulmonalen Reanimation nach den aktuellen Leitlinien in Zeiten von COVID-19"	
□ 08 09.05.2020 □ 05 06.06.2	2020
<u>Teilnahmegebühr:</u> Ärzte und nicht pflegerisch tätige Med	iziner:
Pflegekräfte/Rettungsassistenten/Stud ☐ 169,00€	lenten
	ze vorhanden, verbindlich angemeldet. Sie erhalten eine E-Mail als beginn eine Rechnung über die Teilnahmegebühren mit
Rechnungsempfänger: privat Klinikum bzw. Rechnungsadres	Arbeitgeber; bitte Kostenübernahme mit korrekter se beilegen!
Sollte zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung keine entsprechende Kostenübernahme vorliegen, behalten wir uns vor die Rechnung Privat zu stellen.	
von 4 Wochen bis 3 Tage vor Veranstaltungst des Veranstaltungspreises. Bei einer Absage	taltungsbeginn kostenfrei möglich. Bei Stornierung in dem Zeitraum beginn berechnen wir eine Stornierungsgebühr in Höhe von 50 % innerhalb der drei Tage vor dem Kurs und bei Nichtteilnahme ohne im vollen Umfang fällig. Die Berechnung der Stornierungsgebühr en Ersatzteilnehmer benennen.
Datum und Unterschrift des Teilne	ehmers:
Veranstalter: Charité Universitätsmedizin Berlin, Berliner Simulations- und Trainingszentru Charitéplatz 1 10117 Berlin	ım (BeST)
Ansprechpartner/in: Christine Thol	

Fax: +49 (0) 30 450 7 531 229 E-Mail: berliner-simulationstraining@charite.de

Telefon: +49 (0) 30 450 531 229