



## Anmeldung Simulationszentrum Offenbach

Bitte den entsprechenden Kurs ankreuzen und das Kursdatum eintragen

	<b>Kurs</b>	<b>Datum</b>
<input type="checkbox"/>	ACLS Provider Kurs	
<input type="checkbox"/>	ACLS Experienced Kurs	
<input type="checkbox"/>	PALS Provider Kurs	
<input type="checkbox"/>	PALS Refresher Kurs	
<input type="checkbox"/>	NASIM25 Kurs	
<input type="checkbox"/>	Notarztkurs	

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>Geburtstag</b>	<b>Handynummer</b>
<b>Adresse Straße und Hausnummer</b>	<b>Stadt und PLZ</b>
<b>Rechnungsadresse</b> (nur wenn abweichend bitte ausfüllen)	
<b>Straße und Hausnummer</b>	<b>Stadt und PLZ</b>
<b>Aktuelle Klinik / Praxis</b>	<b>Fachrichtung</b>

Sie erhalten die Rechnung, die Kurszusage und weiteres Infomaterial per eMail.  
Wir bitten Sie, die Kursgebühr binnen 14 Tagen zu überweisen. Erst nach  
Zahlungseingang sind Sie verbindlich angemeldet.

Mit dem zusenden dieses Anmeldeformulars melden Sie sich für den/die  
oben genannten Kurs/Kurse verbindlich an und sind mit der Datenweitergabe  
und -verarbeitung im Rahmen Ihrer Kursanmeldung einverstanden.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift