

# ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für den Lehrgang

---

## ZUSATZWEITERBILDUNG NOTFALLMEDIZIN

---

**vom 30.10.2010 bis 06.11.2010**

der Orthopädischen Klinik Hessisch Lichtenau gGmbH an.

Eine Anmeldebestätigung geht mir nach Eingang der Teilnahmegebühr auf das

**Konto Nr. 201154, bei der Evangelischen  
Kreditgenossenschaft, BLZ 520 60 410,  
Stichwort ZWN 2-10, zu.**

Für die **ermäßigte Gebühr** bringe ich zum Kurs einen **Nachweis** mit (bei Arbeitslosigkeit o.ä.). Bei einer **Stornierung** ab 4 Wochen vor Kursbeginn werden 50% der Teilnahmegebühr fällig. Eine Kursabsage aus organisatorischen Gründen behalten wir uns vor. Wir bitten um Ihr Verständnis.

**Wegen der unterschiedlichen Vorschriften der einzelnen Landesärztekammern, sollten Sie in jedem Fall die für Sie speziell gültigen Ausbildungsvoraussetzungen abklären.**

Für die Vorgaben in Hessen erhalten Sie ein entsprechendes Merkblatt.

---

**Kursgebühr: EUR 750,-**

**Pflegepersonal, Rettungsdienstpersonal,**

**Studenten: ermäßigte Kursgebühr EUR 150,-**

**Bitte Nachweis beifügen - Teilnehmerzahl begrenzt!**

---

**Arbeitslose Ärzte: EUR 595,-**

**ermäßigte Kursgebühr - Bitte Nachweis beifügen!**

---

In der Gebühr sind 8 Tage Seminar inklusive aller Materialien, Frühstück, Mittagessen, Gebäck am Nachmittag, sowie Catering am "gemeinsamen Abend" enthalten.

# Anmeldung bitte hier:

Orthopädische Klinik Hessisch Lichtenau gGmbH

Abteilung für Anästhesie

Am Mühlenberg, 37235 Hessisch Lichtenau

**Telefon** 05602 83-0 [ Zentrale ] oder  
05602 83-1209 [ Sekretariat Fr. Bingemann ]  
05602 83-1207 Kursleiter Armin Jost

**Telefax** 05602 83-1903

**E-Mail** arminpunktjost@aol.com **oder**  
jost@zusatzbezeichnung-notfallmedzin.de **oder**  
gbingemann@lichtenau-ev.de

[www.rettungsmedizin-heli.de](http://www.rettungsmedizin-heli.de)

Veranstaltungsort sind die Räumlichkeiten der Freiwilligen  
Feuerwehr Hessisch Lichtenau, Industriestraße 2,  
37235 Hessisch Lichtenau.

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für den Lehrgang  
**ZWN 2-10** an. Die umseitigen Erläuterungen habe ich  
gelesen.

**Arzt**     **RA/RS**     **Pflegekraft**     **Student**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

fon \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_

mobil \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)