



# Sexual Assault Examination Training

Workshop der Schiffszentrum Kiel GbR

14. bis 15. Oktober 2016 in Kiel

## Anmeldung



**Titel / Vorname**

**Nachname**

**Geburtsdatum**

**KfZ-Kennz.**

(bei Anreise mit dem KfZ)

**Straße / Hausnummer**

**Postleitzahl / Wohnort**

**E-Mail-Adresse**

**Telefon (für Rückfragen)**

**Personalausweisnummer**

(für Zutritt zu Sicherheitsbereichen erforderlich)

Die Angabe von Personalausweisnummer und ggf. KfZ-Kennzeichen ist für den Zugang zum Marinestützpunkt zwingend erforderlich.

Bitte in Druckschrift ausfüllen. Die **fettgedruckten** Angaben sind für die Anmeldung zwingend erforderlich.

### Teilnahmegebühr und Leistungen

**Die Lehrgangsgebühr in Höhe von 495,00 € (inkl. 19% MwSt.) beinhaltet die Teilnahme für eine Person sowie folgende Leistungen:**

- Ausführliches mehrsprachiges Teilnahmezertifikat (Englisch/Deutsch)
- Schreibutensilien
- Lehrgangunterlagen auf einem persönlichen USB-Stick
- Nutzung aller Übungsmaterialien
- Pausengetränke und Pausensnacks sowie ein Mittagessen an den beiden Veranstaltungstagen
- Die Veranstaltung ist von der Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannt (20 CME-Punkte)



**Hierdurch melde ich mich verbindlich für die o.g. Fortbildungsveranstaltung an.** Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Schiffszentrum Kiel GbR (einsehbar unter [www.schiffszentrumkiel.de/AGB.html](http://www.schiffszentrumkiel.de/AGB.html)) habe ich gelesen und erkenne diese ausdrücklich an. Nach Eingang der vollständig ausgefüllten Anmeldung erhalte ich von der Schiffszentrum Kiel GbR per Email eine Anmeldebestätigung. Der Platz gilt seitens des Veranstalters erst mit Eingang der Zahlung der vollständigen Gebühr auf dem Konto des Veranstalters als gesichert. Sollten alle Plätze belegt sein, erhalte ich eine Mitteilung und werde über die Vergabe eines Platzes von der Warteliste informiert.

Mit der Veröffentlichung von Foto- bzw. Filmaufnahmen durch die Schiffszentrum Kiel GbR, die im Rahmen der Veranstaltung erstellt werden und meine Person zeigen, bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich die Nutzungsrechte gegenüber der Schiffszentrum Kiel GbR auch einschränken kann. Ein entsprechendes Formular wird mir auf meinen Wunsch hin zur Verfügung gestellt.

Ort / Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte und **unterschiedene** Anmeldeformular ...

... per Email an

[anmeldung@schiffszentrumkiel.de](mailto:anmeldung@schiffszentrumkiel.de)

... per Fax an

0431 – 657 092 9

... per Post an

Schiffszentrum Kiel GbR  
Meimersdorfer Weg 217  
24145 Kiel

**Vom Veranstalter auszufüllen**

Eingang am \_\_\_\_.

- In ISA erfasst (TN-Liste)
- Rechnung versandt
- Betrag erhalten
- Auf Warteliste
- Absage