



# Kurzzeit-Intensivmedizin und Meer

## Kieler Schiffsarztelehrgang – Professional Course

vom 9.10.2017 bis 13.10.2017 in Kiel

### A n m e l d u n g

Titel / Vorname

Nachname

Geburtsdatum

KfZ-Kennz.

(bei Anreise mit dem Kfz)

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

E-Mail-Adresse

Telefon (für Rückfragen)

Personalausweisnummer

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.

Ich bin Mitglied der Notarzbörse. Meine Mitgliedsnummer lautet (bitte angeben):

**„Come together“** (Vor Anmeldung erforderlich, Termin voraussichtlich Dienstag um 19:30 Uhr)

- Ich möchte am **3-Gänge-Menü** im Restaurant „Schöne Aussichten“ teilnehmen.  
(pro Person 37,50 € inkl. MwSt., Getränke sind vor Ort zu bezahlen).
- Ich möchte zusätzlich \_\_\_\_ (bitte Anzahl eintragen) Begleitpersonen mitbringen.

**Geschichte der Seefahrt** (Vor Anmeldung erforderlich, Termin voraussichtlich Donnerstag um 19:30 Uhr)

- Ich möchte mit \_\_\_\_ Personen (Bitte Gesamtzahl inkl. Begleitpersonen angeben) am Besuch des Kieler Schifffahrtsmuseums mit Museumsführung (exklusiv für unsere Gruppe) teilnehmen (15,00 € p.P. inkl. MwSt.).

**Hierdurch melde ich mich verbindlich zum Preis von 1.395 € (zzgl. oben ausgewählter Zusatzveranstaltungen) für die o.g. Fortbildungsveranstaltung an.** Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Schiffsarztelehrgang GbR (einsehbar unter [www.schiffsarztelehrgang.de/AGB.html](http://www.schiffsarztelehrgang.de/AGB.html)) habe ich gelesen und erkenne diese ausdrücklich an. Nach Eingang der vollständig ausgefüllten Anmeldung erhalte ich von der Schiffsarztelehrgang GbR per Email eine Anmeldebestätigung. Der Platz gilt Seitens des Veranstalters erst mit Eingang der Zahlung der vollständigen Rechnungsgebühr 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 Schiffsarztelehrgang GbR, die im Rahmen der Veranstaltung erstellt werden und meine Person zeigen, bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich die Nutzungsrechte gegenüber der Schiffsarztelehrgang 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@schiffsarztelehrgang.de](mailto:anmeldung@schiffsarztelehrgang.de)

... per Fax an

0431 – 657 0929

... per Post an

Schiffsarztelehrgang GbR

Meimersdorfer Weg 217, 24145 Kiel

Vom Veranstalter auszufüllen

- Anmeldung erfasst  
 Unterlagen versandt  
 In ISA angelegt  
 Auf Warteliste  
 Absage