



Einführung in die Maritime Medizin

Kieler Schiffsarztlehrgang – Basic Course

vom 23.4.2018 bis 27.4.2018 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

(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.

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

Auswahl an Zusatzangeboten (Voranmeldung erforderlich, alle Preise inkl. MwSt.)

Wir möchten Ihnen neben einer interessanten Fortbildungsveranstaltung auch die Möglichkeit zum persönlichen Austausch in lockerer Atmosphäre geben. Daher haben wir für Sie folgende Angebote zur Auswahl:

- Gemeinsames Frühstück im Offizierheim** täglich 8:00 – 8:45 h, 40 € p.P. für die gesamte Lehrgangsdauer
- Gemeinsames „Come-together“ - Dinner** Dienstag, ab 19:30 h, je nach Teilnehmerzahl 3-Gänge-Menü oder Buffet, 37,50 € p.P., Getränke sind vor Ort zu bezahlen für ____ Person(en).
- Abendliches Praxistraining Seemannschaft** Donnerstag, ab ca. 18:30 h, Fahrt auf der Kieler Förde mit historischen Marinepinassen, nautischen Erklärungen und vorherigem deftigem Abendessen. 35,00 € p.P. für ____ Person(en).

Hierdurch melde ich mich verbindlich für die o.g. Fortbildungsveranstaltung und die von mir ausgewählten Zusatzangebote an. Die Lehrgangsgebühr beträgt 1.395,00 € (als berufsfördernde Maßnahme umsatzsteuerfrei). Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Schiffsarztlehrgang GbR (einsehbar unter www.schiffsarztlehrgang.de/AGB.html) habe ich gelesen und erkenne diese ausdrücklich an. Nach Eingang der vollständig ausgefüllten Anmeldung erhalte ich von der Schiffsarztlehrgang 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 Schiffsarztlehrgang GbR, die im Rahmen der Veranstaltung erstellt werden und meine Person zeigen, bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich die Nutzungsrechte gegenüber der Schiffsarztlehrgang 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@schiffsarztlehrgang.de

... per Fax an

0431 – 657 0929

... per Post an

Schiffsarztlehrgang GbR
Meimersdorfer Weg 217, 24145 Kiel

Vom Veranstalter auszufüllen

- Anmeldung erfasst
 Bestätigung versandt
 In ISA angelegt
 Auf Warteliste
 Absage