

# SEMINAR- ANMELDUNG - InTrain

## Instruktorenkurs Basissimulation

Laerdal Medical GmbH  
Lilienthalstr. 5  
82178 Puchheim

**FAX 0800-523 73 25**

Termin: \_\_\_\_\_ Veranstaltungsort: \_\_\_\_\_

**(bitte ein Formular pro Teilnehmer leserlich ausfüllen; Vielen Dank)**

**Teilnehmer/in:** Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Organisation/Firma: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

E- Mail (sehr wichtig): \_\_\_\_\_

### **Rechnungsanschrift:**

Organisation/Firma: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Teilnahmegebür: \_\_\_\_\_ €, zzgl. Ges. MwSt.

Falls die Kosten durch den Kauf eines Trainingsgerätes beglichen wurden, bitte hier die Rechnungsnummer angeben: \_\_\_\_\_

**Hiermit melde ich mich verbindlich zum o.g. Seminar an.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Stornogeühren: Absage 4 Wochen vor Seminarbeginn: 25% der Kursgebür / Absage 2 Wochen vor Seminarbeginn: 50% d. Kursgebür