



SEMINAR- ANMELDUNG – high quality CPR Workshop

Laerdal Medical GmbH
Lilienthalstr. 5
82178 Puchheim

FAX 0800-523 73 25

Puchheim 8.12. Vormittag 9:00- 13:00
 Nachmittag 14:00- 18:00

(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: 150,- €, zzgl. Ges. MwSt.

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

Datum: _____ Unterschrift: _____

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