

ANMELDEFORMULAR

Bitte tragen Sie Ihre Daten gut leserlich in Druckbuchstaben ein.

Kurs Seminar zum Prüfen von elektrischen
Medizinprodukten

Termin 18.10.2021

Seminarpreis 430,00€

Veranstalter **Reinhold Medizintechnik**
Möhnestraße 55
-Kaiserhaus-
59755 Arnsberg

Telefon: 02932 4292030
Telefax: 02932 4292032

schulung@reinhold-medizintechnik.de
www.reinhold-medizintechnik.de

KONTAKTDATEN TEILNEHMER

Firma/
Krankenhaus _____

Name,
Vorname _____

Position _____

Anschrift _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Liegen Unverträglichkeiten, Allergien oder besondere
Essenswünsche vor?

- Ja Welche? _____
- Nein

Wünschen Sie eine Zimmerreservierung?

- Ja Von: _____ Bis: _____
- Einzelzimmer für 66,90 €
- Doppelzimmer zur
Einzelnutzung für 69,90 €
- Doppelzimmer mit
Teilnehmer _____ für 86,90 €
- Nein

Möchten Sie Ihr eigenes Prüfsystem mitbringen?
-Teilen Sie uns bitte im Vorfeld mit, um welches System es
sich handelt.

Abweichende E-Mail-
Adresse für die
Zimmerreservierung _____

ABWEICHENDE RECHNUNGSADRESSE

Rechnungs-
empfänger _____

Anschrift _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

ANMELDE BESTÄTIGUNG

Hiermit melden wir den Teilnehmer verbindlich zur
Teilnahme am o. g. Seminar an. Wir bestätigen, dass wir die
Allgemeinen Geschäftsbedingungen und die
Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen haben und
diesen zustimmen.

- Bitte senden Sie uns diese und zukünftige Rechnungen
an die genannte E-Mail-Adresse.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift