

ANMELDEFORMULAR

Bitte tragen Sie Ihre Daten gut leserlich in Druckbuchstaben ein.

Kurs _____

Termin _____

Seminarpreis _____

Veranstalter Reinhold Medizintechnik GmbH
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
 Doppelzimmer zur
Einzelnutzung für
 Doppelzimmer mit
Teilnehmer _____
 Nein

**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