

ANMELDEFORMULAR

Bitte tragen Sie Ihre Daten gut leserlich in Druckbuchstaben ein.

Kurs _____

Termin _____

Seminarpreis _____

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

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