



Anmeldung

SAFE – Training und / oder Praxis-Workshop Notfall- Zahnmedizin

Unser Angebot: Bei Anmeldung zu beiden Kursen erhalten Sie einen Rabatt von 60 €*.
* Dieses Angebot ist nicht mit anderen Rabatten kombinierbar.

Titel / Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Kfz-Kennz.
(bei Anreise mit dem Kfz)

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

E-Mail-Adresse

Telefon (für Rückfragen)

Personalausweisnummer

(für Zutritt zu Sicherheitsbereichen erforderlich)

Die Angabe von Personalausweisnummer und ggf. Kfz-Kennzeichen ist für den Zugang zum Marinestützpunkt zwingend erforderlich.

Bitte in Druckschrift ausfüllen. Die **fettgedruckten** Angaben sind für die Anmeldung zwingend erforderlich.

Sexual Assault Forensic Examination Training (SAFE)

Datum: . \ .

Ort: Marinestützpunkt Kiel

Preis: 515,00 € p.P. (inkl. 19% MwSt.)

Ich möchte an dieser Veranstaltung teilnehmen



Praxis-Workshop Notfall-Zahnmedizin

Datum: . \ .

Ort: Marinestützpunkt Kiel und UKSH

Preis: 685,00 € p.P. (inkl. 19% MwSt.)

Ich möchte an dieser Veranstaltung teilnehmen



Ich möchte am . \ . mit ___ Person(en) am gemeinsamen Abendessen teilnehmen
(je nach Teilnehmerzahl Buffet oder 3-Gänge-Menü, 37,50 € p.P. inkl. MwSt., Getränke sind vor Ort zu bezahlen)

Datenschutz: Zur Bearbeitung Ihrer Anmeldung ist die Speicherung und Weiterverarbeitung Ihrer o.g. persönlichen Daten erforderlich. Es gelten die Bestimmungen unserer Datenschutzerklärung. Ohne Ihre Zustimmung können wir Ihren Auftrag leider nicht annehmen.

Ich stimme der [Datenschutzerklärung](#) der Schiffszahnmedizin GbR ausdrücklich zu.

Die Lehrgangsgebühren beinhalten die Teilnahme für eine Person sowie folgende Leistungen:

- *Mehrsprachiges Teilnahmezertifikat (Englisch/Deutsch), Schreibutensilien, Lehrgangsunterlagen auf USB-Stick*
- *Nutzung aller Übungsmaterialien (z.B. Beweissicherungskits, Übungszähne, Bohrer, Füllmasse, Instrumente etc.)*
- *Pausengetränke und Pausensnacks sowie ein tägliches Mittagessen an den Veranstaltungstagen*
- *Jede/r Teilnehmer/in des Workshops Zahnmedizin erhält ein Dental-Notfall-Kit zum persönlichen Gebrauch*
- *Die Veranstaltungen sind von der Ärztekammer Schleswig-Holstein jeweils mit 20 Punkten anerkannt.*

Hierdurch melde ich mich verbindlich für die o.g. Fortbildungsveranstaltung(en) an.

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Schiffszahnmedizin GbR (einsehbar unter www.schiffszahnmedizin.de/AGB.html) habe ich gelesen und erkenne diese ausdrücklich an. Nach Eingang der vollständig ausgefüllten Anmeldung erhalte ich von der Schiffszahnmedizin GbR per Email eine Anmeldebestätigung. Mit der Veröffentlichung von Foto- bzw. Filmaufnahmen durch die Schiffszahnmedizin GbR, die im Rahmen der Veranstaltung erstellt werden und meine Person zeigen, bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich die Nutzungsrechte gegenüber der Schiffszahnmedizin GbR auch einschränken kann. Ein entsprechendes Formular wird mir bei Bedarf zur Verfügung gestellt.

Ort / Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das unterschriebene Formular ...

... **per Email** an anmeldung@schiffszahnmedizin.de

... **per Fax** an 0431 – 657 0929, oder

... **per Post** an Schiffszahnmedizin GbR, Meimersdorfer Weg 217, 24145 Kiel