



# Kurzzeit-Intensivmedizin und Meer

## Kieler Schiffsarztlehrgang – Professional Course

vom 22.10.2018 bis 26.10.2018 in Kiel

### A n m e l d u n g

Titel / Vorname

Nachname

Geburtsdatum  **KfZ-Kennz.**   
(bei Anreise mit dem KfZ)

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

E-Mail-Adresse

Telefon (für Rückfragen)

Personalausweisnummer  Die Angabe von Personalausweisnummer und ggf. KfZ-Kennzeichen ist für den Zugang zum Marinestützpunkt zwingend erforderlich.  
(für Zutritt zu Sicherheitsbereichen erforderlich)

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

Ich bin Mitglied der Notarztbörse. Meine Mitgliedsnummer lautet (bitte angeben):

#### **Auswahl an Zusatzangeboten** (Voranmeldung erforderlich, alle Preise inkl. MwSt.)

Wir möchten Ihnen neben einer interessanten Fortbildungsveranstaltung auch die Möglichkeit zum persönlichen Austausch in lockerer Atmosphäre geben. Daher haben wir für Sie folgende Angebote zur Auswahl:

- Gemeinsames Frühstück im Offizierheim** täglich 8:00 – 8:45 h, 40 € p.P. für die gesamte Lehrgangsdauer
- Gemeinsames „Come-together“ - Dinner** Dienstag, ab 19:30 h, je nach Teilnehmerzahl 3-Gänge-Menü oder Buffet, 37,50 € p.P., Getränke sind vor Ort zu bezahlen für \_\_\_\_ Person(en).

**Hierdurch melde ich mich verbindlich für die o.g. Fortbildungsveranstaltung und die von mir ausgewählten Zusatzangebote an.** Die Lehrgangsgebühr beträgt 1.395,00 € (umsatzsteuerfrei). Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Schiffsarztlehrgang GbR (einsehbar unter [www.schiffsarztlehrgang.de/AGB.html](http://www.schiffsarztlehrgang.de/AGB.html)) habe ich gelesen und erkenne diese ausdrücklich an. Nach Eingang der vollständig ausgefüllten Anmeldung erhalte ich von der Schiffsarztlehrgang GbR per Email eine Anmeldebestätigung. Der Platz gilt Seitens des Veranstalters mit Eingang der Zahlung der vollständigen Rechnungsgebühr auf dem Konto des Veranstalters als gesichert. Sollten alle Plätze belegt sein, erhalte ich eine Mitteilung und werde über meinen Platz auf der Warteliste informiert.

Mit der Veröffentlichung von Foto- bzw. Filmaufnahmen durch die Schiffsarztlehrgang GbR, die im Rahmen der Veranstaltung erstellt werden und meine Person zeigen, bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich die Nutzungsrechte gegenüber der Schiffsarztlehrgang GbR auch einschränken kann. Ein entsprechendes Formular wird mir auf meinen Wunsch hin zur Verfügung gestellt.

**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 Schiffsarztlehrgang GbR ausdrücklich zu.

Ort / Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das **unterschiedene** Formular ... per Email an [anmeldung@schiffsarztlehrgang.de](mailto:anmeldung@schiffsarztlehrgang.de)  
... per Fax an 0431 – 657 0929  
... per Post an Schiffsarztlehrgang GbR  
Meimersdorfer Weg 217, 24145 Kiel