

Interdisziplinäres Simulatorzentrum Medizin Dresden (ISIMED)

Verbindliche Anmeldung

Kursbezeichnung: _____

Termin: _____

Kursgebühren: _____ €

Hiermit melde ich mich verbindlich zu der oben genannten Veranstaltung an. Die Kursgebühr überweise ich auf folgendes Bankkonto:

Deutsche Kreditbank AG BLZ: 120 300 00
Empfänger: Carl Gustav Carus GmbH
Konto-Nr. 112 483 33

Unter Verwendungszweck bitte die Kursbezeichnung angeben.
Bei Abmeldung bis vier Wochen vor Kursbeginn wird die volle Kursgebühr erstattet, bis zwei Wochen vor Kursbeginn wird die Kursgebühr abzüglich 15% zurückerstattet. Bei Absage weniger als 7 Tage vor Kursbeginn wird die volle Kursgebühr fällig.

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Email: _____

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift

Bitte **faxen** Sie uns die Anmeldung an folgende Nr.: **0351 449 210 401**

Wie sind Sie auf diesen Kurs aufmerksam geworden?

Internet Freunde/ Kollegen Fachliteratur: _____

Brief sonstiges: _____