

Seminaranmeldung

Workshop "Verteilte Alarmsysteme"

Beispiel mit Projektdokumentation und integriertem Risikomanagement

Referent: Armin Gärtner

07. Februar 2017 von 09:00 bis 16:30 Uhr

Mindray Medical Germany GmbH

Goebelstraße 21

64293 Darmstadt



Fachverband Biomedizinische Technik e.V.
Rischenweg 23
37124 Rosdorf

Telefon: 0551-50 36 87 40
Fax: 0551-50 36 87 41
geschaeftsstelle@fbmt.de

Bitte speichern Sie das Formular zuerst und füllen es dann über den Acrobat Reader maschinell aus. Anschließend ausdrucken und per Fax oder E-Mail an die Geschäftsstelle des fbmt senden.

Teilnehmerdetails

Vor- und Nachname:	<input type="text"/>
Firma/Institution:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>

Anmeldegebühren

Teilnahmegebühren (incl. Seminarunterlagen, Getränke und Mittagimbiss)
Je Teilnehmer **410,00 €**
persönliche Mitglieder des fbmt: **285,00 €**

Maximal 20 Teilnehmer

Anmeldeschluss: 24. Januar 2017

Mitglieder folgender Verbände zahlen die ermäßigte Teilnahmegebühr: DVKC, fbmt, femak, FKT und BV Pflegemanagement. Bitte wählen Sie den der entsprechenden Verband und tragen Sie Ihre Mitgliedsnummer ein.

<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied im DVKC e.V.	Mitgliedsnummer im DVKC:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied im fbmt e.V.	Mitgliedsnummer im fbmt:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied im femak e.V.	Mitgliedsnummer im femak:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied in der FKT e.V.	Mitgliedsnummer in der FKT:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied im BV Pflegemanagement	Mitgliedsnummer im BV Pflegemanagement:	<input type="text"/>

- Die Rechnung soll an die obige Anschrift geschickt werden.
 Ggf abweichende Rechnungsanschrift:

Meine Teilnahmegebühr beträgt:

Vor- und Nachname:	<input type="text"/>
Firma/Institution:	<input type="text"/>
Abteilung:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>

Zahlung

Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr an:
Fachverband Biomedizinische Technik e.V.
IBAN: DE07 2605 0001 0056 0406 37
BIC: NOLADE21GOE
Sparkasse Göttingen
Geben Sie bitte im Verwendungszweck "Seminar", Ihren Namen und die Rechnungsnummer an.
Die Anmeldung gilt als angenommen wenn die Teilnahmegebühr eingegangen ist. Sie erhalten dann eine Anmeldebestätigung.

Ort: Datum:

Unterschrift