

Workshopanmeldung

Projektmanagement Patientenüberwachung - Alarmierung
Referent: Armin Gärtner



19.09.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Fachverband Biomedizinische Technik e.V.
Risichenweg 23
37124 Rosdorf

Niederlassung
Heinen & Löwenstein GmbH & Co. KG
Haferwende 31
28357 Bremen

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

Bitte speichern Sie das Formular zunächst und füllen es dann im 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 und
Partnerverbände: **285,00 €**

Studierende und Auszubildende erhalten 50 Prozent
Ermäßigung. Nachweis erforderlich.

Maximal 20 Teilnehmer

Anmeldeschluss: 05.09.2017

Meine Teilnahmegebühr beträgt:

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

Bitte beachten Sie die Teilnahmebedingungen auf der zweiten Seite.

Zahlung

Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr vorab auf das in den Teilnahmebedingungen angegebene Konto des Fachverbandes Biomedizinische Technik e.V.

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.

| | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> DVKC e.V., Mitgliedsnr: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> fbmt e.V., Mitgliedsnr.: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> femak e.V., Mitgliedsnr.: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> FKT e.V., Mitgliedsnr.: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> BV Pflegemanagement, Mitgliedsnr.: | <input type="text"/> |

Die Rechnung soll an die obige Anschrift geschickt werden.

Ggf abweichende Rechnungsanschrift:

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

Die Teilnahmebedingungen habe ich gelesen.

Ort:

Datum:

Unterschrift