

**13. Erlanger Notfallmedizinische Tage
28./29. November 2008**

Verbindliche Anmeldung:

Tagungskarte(n) für:

(bitte Namen aller angemeldeten Personen angeben)

___ **X** Ärzte à € 40,- = € _____

___ **X** med. Fachpersonal,

Rettungsassistenten,

Studenten à € 20,- = € _____

___ **X** Tutorienprogramm*

___ **X** Simulatorkurs*

* Bezahlung der Gebühr erst nach Bestätigung der Anmeldung

Gesamtbetrag € _____

Anmeldecoupon bitte in einem Fensterkuvert zurücksenden:

**Anästhesiologische Klinik
Kongress-Sekretariat
Universitätsklinikum Erlangen
Krankenhausstr. 12**

91054 Erlangen

Adresse/Privatanschrift Teilnehmer/in
(Stempel):

Tagungsgebühren werden überwiesen an:

___ **Förderkreis Anästhesie e.V.**

Konto-Nr.: 18212

bei der Sparkasse Erlangen

Bankleitzahl 763 500 00

Stichwort: 13. Notfallmedizinische Tage

*

*

___ Datum

___ Unterschrift

*

*