

**14. Erlanger Notfallmedizinische Tage
27./28. November 2009**

Anmeldecoupon bitte in einem Fensterkuvert zurücksenden:

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

91054 Erlangen

**Adresse/Privatanschrift Teilnehmer/in
(Stempel):**

*

*

*

*

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 € _____

Tagungsgebühren werden überwiesen an:

___ **Förderkreis Anästhesie e.V.**

Konto-Nr.: 18212

bei der Sparkasse Erlangen

Bankleitzahl 763 500 00

Stichwort: 14. Notfallmedizinische Tage

Datum

Unterschrift