

**24. Erlanger Notfallmedizinische Tage  
29.11./30.11.2019**

**Veranstaltungsort:**

Kongresszentrum Erlangen  
Heinrich-Lades-Halle  
Rathausplatz 1  
91052 Erlangen

**Anästhesiologische Klinik  
Kongresssekretariat  
Universitätsklinikum Erlangen  
Krankenhausstr. 12  
91054 Erlangen**

**Verbindliche Anmeldung für  
Samstag, den 30.11.2019**

Rücksendung bis **20.11.2019** per Post,  
Fax (09131 85-39191),  
E-Mail ([ernte@kfa.imed.uni-erlangen.de](mailto:ernte@kfa.imed.uni-erlangen.de))  
oder Anmeldung online unter  
([www.notfallmedizinische-tage.de](http://www.notfallmedizinische-tage.de))

Bitte **pro Teilnehmer ein Formular** leserlich ausfüllen, möglichst in Druckbuchstaben - Danke!

(\*freiwillige Angaben)

Titel, Vorname, Name \_\_\_\_\_

Institut / Klinik \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon- u. Faxnummer\* \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Teilnahme am Samstag als:**

Ärztin / Arzt, Gebühr: **40,00 EURO**

Sonstige, Gebühr: **20,00 EURO**

Die Gebühren überweisen Sie bitte **bis zum 20.11.2019** auf folgendes Konto:

Förderkreis Anästhesie e.V.

Konto: **18 212**, Sparkasse Erlangen

BLZ: **763 500 00**

IBAN: **DE12 7635 0000 0000 0182 12**

BIC: **BYLADEM1ERH**

Verwendungszweck:

**24. ERNTE + Name der angemeldeten Person**

Eine schriftliche Bestätigung Ihrer Anmeldung kann aus organisatorischen Gründen leider nicht erfolgen.

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**