

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

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

Veranstaltungsort:

Kongresszentrum Erlangen
Heinrich-Lades-Halle
Rathausplatz 1
91052 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)
oder Anmeldung online unter
(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