

Anmeldefax an die CoMMA-GmbH zur verbindlichen Teilnahme

FAX 0049-(0)551-3898174 oder 0049-(0)551-8207412

Bezeichnung und Datum des Kurses: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

Arzt MTRA med. Assistenzpersonal

Adresse privat:

Straße: _____

PLZ/ Stadt: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Adresse dienstlich:

Institution: _____

Straße: _____

PLZ/ Stadt: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Hotelunterkunft: Ja Nein

Einzelzimmer mit Frühstück für 89 €/Nacht von _____ bis _____

Doppelzimmer mit Frühstück für 105 €/Nacht von _____ bis _____

Hotelkosten: _____ **Euro**

Kursgebühr: _____ **Euro**

Gesamtbetrag: _____ **Euro**

Der Gesamtbetrag in Höhe von _____ **Euro** wurde an die CoMMA-GmbH Göttingen, Deutsche Bank, BLZ 260 700 24, Konto-Nr. 0360388 überwiesen.

Kennwort: Bitte Kursbezeichnung eintragen.

Falls möglich, fügen Sie bitte eine Kopie der Banküberweisung bei.

Bei Überweisungen aus dem Ausland geben Sie bitte folgenden Code an:

IBAN-Nr.: DE 49260700240036038800, BDI-CODE: DEUTDEDB 260.

Hiermit erkenne ich die im Informationsblatt abgedruckten Geschäftsbedingungen an.

Ort/ Datum

Unterschrift