

**BITTE LESERLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN. VIELEN DANK!**

Frau /  Herr

---

ggf. Titel, Vorname und Name

E-Mail-Adresse

**Privatanschrift (erforderlich!):**

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ

Stadt

Telefon

---

Klinik, Abteilung, Funktion

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für folgenden Kurs an:

**DAM – Difficult Airway Management**

Termine 2023:

**31.03. - 01-04.2023**

**02.06. - 03.06.2023**

**17.11. - 18.11.2023**

Teilnahmegebühr:

379,00 €

*Nach dieser Anmeldung sind Sie, soweit Plätze vorhanden, verbindlich angemeldet. Sie erhalten eine E-Mail als Anmeldebestätigung und 4 Wochen vor Kursbeginn eine Rechnung über die Teilnahmegebühren mit einem Zahlungsziel von 14 Tagen.*

**Rechnungsempfänger:**

privat

Klinikum bzw. Arbeitgeber; bitte Kostenübernahme mit korrekter Rechnungsadresse beilegen!

*Sollte zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung keine entsprechende Kostenübernahme vorliegen, behalten wir uns vor die Rechnung Privat zu stellen.*

**Stornierung und Kursabmeldung:**

Eine Stornierung ist bis 6 Wochen vor Veranstaltungsbeginn kostenfrei möglich. Bei Stornierung in dem Zeitraum von 4 Wochen bis 3 Tage vor Veranstaltungsbeginn berechnen wir eine Stornierungsgebühr in Höhe von 50 % des Veranstaltungspreises. Bei einer Absage innerhalb der drei Tage vor dem Kurs und bei Nichtteilnahme ohne vorherige Absage wird die Teilnehmergebühr im vollen Umfang fällig. Die Berechnung der Stornierungsgebühr erfolgt selbstverständlich nicht, wenn Sie einen Ersatzteilnehmer benennen.

**BITTE LESERLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN. VIELEN DANK!**

Hiermit akzeptiere ich die *Erklärung zum Datenschutz* und ich bin mir bewusst, dass ich über dieses Formular persönliche Daten übersende. Es gelten die AGB's des Berliner Simulations- und Trainingszentrums. Diese finden Sie auf unserer Website:

[https://best.charite.de/ueber\\_best/ergaenzung\\_der\\_agb/](https://best.charite.de/ueber_best/ergaenzung_der_agb/)

Datum und Unterschrift des Teilnehmers: \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie das Anmeldeformular per Fax oder E-Mail an:**

**Veranstalter:**  
**Charité - Universitätsmedizin Berlin**  
**Berliner Simulations- und Trainingszentrum**  
**(BeST)**  
**Charitéplatz 1**  
**10117 Berlin**

**Ansprechpartner: Christine Thol**  
**Telefon: +49 (0) 30 450 531 229**  
**Fax: +49 (0) 30 450 7 531 229**  
**E-Mail:**  
[\*\*berliner-simulationstraining@charite.de\*\*](mailto:berliner-simulationstraining@charite.de)