



## Anmeldeformular : Kursus der transösophagealen Echokardiographie in Anästhesie und Intensivmedizin

Termin:

Hiermit melde ich mich zum Kurs der transösophagealen Echokardiographie verbindlich an. Nach Bestätigung der Anmeldung überweise ich die Kursgebühr von 750 € innerhalb von 2 Wochen auf folgendes Konto:

**Universitätsklinikum Heidelberg**

**Baden-Württembergische Bank Stuttgart**

**Konto-Nr.: 7421500429**

**BLZ: 60050101**

**Verw.Zweck: D 10082280 TEE-Kurs +Ihr Name (bitte unbedingt angeben)**

*Bitte überweisen Sie die Kursgebühr erst, **nachdem** Sie die schriftliche Bestätigung eines Kursplatzes erhalten haben.*

**Name:**

---

**Geburtsdatum:**

---

**Straße:**

---

**PLZ/Wohnort:**

---

**Telefon:**

**E-Mail:**

---

**TEE-Vorerfahrung:**

---

---

Mir ist bekannt, dass die Teilnehmeranzahl begrenzt ist und die Kursplätze in der Reihenfolge des Eingangs der Kursgebühr vergeben werden. Ich erkenne an, dass mein Kursplatz erst nach Eingang der Kursgebühr verbindlich reserviert ist. Ich bin darüber informiert, dass bei Rück-nahme der Anmeldung bis 8 Wochen vor Kursbeginn 80% der Seminargebühren, bis 2 Wochen vorher 50% des Gesamtbetrages rückerstattet werden. Bei Stornierungen nach diesem Termin findet eine Rückerstattung nur statt, wenn wir den Kursplatz wieder besetzen können.

Bei Ausfall der Veranstaltung infolge höherer Gewalt wird die Kursgebühr zurückerstattet. Weitergehende Ansprüche können nicht anerkannt werden.

Datum/Unterschrift

Bitte füllen Sie dieses Formular am PC aus und faxen Sie es an:

**Dr. Helmut Rauch**

**Klinik für Anästhesiologie der Universität Heidelberg**

**Im Neuenheimer Feld 420; 69120 Heidelberg**

**Fax: 06221-56-6062**