

ANMELDEFORMULAR

MCN GmbH, Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg

Titel, Vor- und Nachname

E-Mail

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

EFN

Ich möchte zukünftig per E-Mail über Veranstaltungen der MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH informiert werden. Dieser Zustimmung kann jederzeit per E-Mail, Telefonat oder Fax widersprochen werden. E-Mails sind zu richten an: datenschutz@mcn-nuernberg.de

Verbindliche Anmeldung (bitte entsprechend ankreuzen):

- ChefärztIn
 Niedergelassene(r) ÄrztIn
 Pflege-/med-tech. Personal/ATA
 Nicht berufstätiger ÄrztIn (inkl. Arzt i. R.)
- FachärztIn
 ÄrztIn in Weiterbildung
 Azubi/SchülerIn: ATA, Pflegekraft, Notfallsanitäter
- Studierende
 Rettungsdienstpersonal

Bitte geben Sie Ihre Mitgliedschaft an:

Mitglied DGAI/BDA

Mitgliedsnummer _____

DAUERAUSWEISE

	Mitglied DGAI/BDA	Nichtmitglied
ChefärztIn	T1000 <input type="checkbox"/> 200,00 €	T1100 <input type="checkbox"/> 220,00 €
FachärztIn	T2000 <input type="checkbox"/> 180,00 €	T2100 <input type="checkbox"/> 200,00 €
Niedergelassene(r) ÄrztIn	T3000 <input type="checkbox"/> 180,00 €	T3100 <input type="checkbox"/> 200,00 €
ÄrztIn in Weiterbildung °	T4000 <input type="checkbox"/> 160,00 €	T4100 <input type="checkbox"/> 180,00 €
Pflege-/med-tech. Personal/ATA	T5000 <input type="checkbox"/> 70,00 €	T5100 <input type="checkbox"/> 90,00 €
Rettungsdienstpersonal	T9000 <input type="checkbox"/> 70,00 €	T9100 <input type="checkbox"/> 90,00 €
Studierende*	T6000 <input type="checkbox"/> kostenfrei	
Nicht (mehr) berufstätige(r) ÄrztIn (inkl. ÄrztIn i. R.)^	T7000 <input type="checkbox"/> 100,00 €	
Azubi/SchülerIn: ATA, Pflegekräfte, NotfallsanitäterIn°	T8000 <input type="checkbox"/> 45,00 €	

TAGESAUSWEISE

	Mitglied DGAI/BDA	Nichtmitglied
Freitag, 29.11.2024		
Tagesausweis	TA2000 <input type="checkbox"/> 140,00 €	TA2100 <input type="checkbox"/> 150,00 €
Tagesausweis ÄrztIn in Weiterbildung°	TA1000 <input type="checkbox"/> 90,00 €	TA1100 <input type="checkbox"/> 100,00 €
Samstag, 30.11.2024		
Tagesausweis	TA3000 <input type="checkbox"/> 140,00 €	TA3100 <input type="checkbox"/> 150,00 €
Tagesausweis ÄrztIn in Weiterbildung°	TA1200 <input type="checkbox"/> 90,00 €	TA1300 <input type="checkbox"/> 100,00 €

° Nur unter Vorlage einer Bescheinigung des Arbeitgebers/der Schule

* Nur unter Vorlage eines Studierendenausweises

^ Nur unter Vorlage einer Bescheinigung

WORKSHOPS² – Freitag, 29. November 2024

- WS1 Rumpfwandblockaden ausgebucht
Freitag 29.11.2024, 08:00 – 10:00 Uhr,
- WS2 Lungensonographie ausgebucht
Freitag 29.11.2024, 10:45 – 12:45 Uhr
- WS3 FAST und FEEL 85,00 €
Freitag 29.11.2024, 15:00 – 17:00 Uhr

WORKSHOPS² – Samstag, 30. November 2024

- WS4 Schwieriger Atemweg 85,00 €
Samstag 30.11.2024, 08:45 – 10:45 Uhr
- WS 5 Kinder-Reanimation und Notfälle ausgebucht
Samstag 30.11.2024, 12:30 – 14:30 Uhr

SATELLITENSYMPOSIEN² – Freitag, 29. November 2024

- SAT 1 Gerinnungs- und Patient Blood Management kostenfrei
CSL Behring GmbH, Freitag, 29.11.2024, 12.15 – 13.45 Uhr, Weißer Saal
- SAT 2 Blutungsmanagement in Notfallsituationen kostenfrei
Astra Zeneca GmbH, Freitag, 29.11.2024, 12.15 – 13.45 Uhr, Händel Saal

² Nur in Verbindung mit einem Tages- oder Dauerausweis buchbar!

Gebühren sind inkl. gesetzlicher Mehrwertsteuer ausgewiesen!

Die Teilnahmegebühren werden im Namen und für Rechnung der DGAI Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des BDA Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten vereinnahmt.

ZAHLUNG

Bitte geben Sie Ihre gewünschte Zahlungsweise an:

- Bar
- SEPA-Lastschrift-Mandat (nur innerhalb Deutschlands)**

Bequem und bargeldlos durch SEPA-Lastschrift-Mandat innerhalb Deutschlands. Ich erteile der MCN GmbH für den ABBSAT 2024 ein Rahmenmandat und ermächtige die MCN GmbH, Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg (Gläubiger-ID: DE11ZZZ00000539285), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der MCN GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin einverstanden, dass ich 7 Tage vor dem Fälligkeitstermin der Zahlung über die Abbuchung von der MCN GmbH informiert werde. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: DE

Geldinstitut KontoinhaberIn

- Kreditkarte:** Visa Card Master Card

Geldinstitut KontoinhaberIn

Datum Unterschrift
(Die Unterschrift ist für die verbindliche Anmeldung erforderlich!)