

Name des Kurses _____

Datum _____ Sprache DE ENG
Gebühr _____

Anrede Frau Herr

Titel _____

Nachname _____ Vorname _____

Straße/Hausnr. _____ Adresszusatz _____

PLZ/Ort _____ Land _____

Telefon _____ E-Mail _____

Fax _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Fotos aus dem Kurs Ja Nein auf der »Kiel School Website« veröffentlicht werden dürfen

Die KIEL SCHOOL behält sich das Recht vor, die Kurse aus zwingenden Gründen kurzfristig abzusagen oder wenn andere, nicht von der KIEL SCHOOL zu vertretende Umstände, dies notwendig machen. In diesem Fall werden bereits bezahlte Teilnahmegebühren vollständig zurückerstattet. Weitergehende Ansprüche sind ausgeschlossen.

Bitte überweisen Sie die Kursgebühr in der o.g. Höhe nach erfolgter Zusage auf folgendes Konto:

Empfänger: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Bankverbindung: Deutsche Bank Lübeck AG
IBAN: DE 302 307 071 008 720 815 00
SWIFT/BIC: DEUTDEHH22
Verwendungszweck: FinSchl. 370 895 mit vollständiger Kursbezeichnung

Die Teilnahme erfolgt nach Reihenfolge der Anmeldung mit Überweisungsnachweis.

Verbindliche Kursanmeldung: Ich nehme zur Kenntnis, dass eine kostenfreie Stornierung nur bis 21 Tage vor Veranstaltungstermin möglich ist. Bei Absage bis 14 Tage vor Veranstaltung müssen 50 % der Kosten übernommen werden; bei einer späteren Absage sind die kompletten Kosten der Veranstaltung von mir zu tragen.

Anmeldung per Fax an:
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Kiel School of Gynaecological Endoscopy
Arnold-Heller-Str. 3, Haus 24
24105 Kiel

 **+49 431 500 - 21 454**