

# F A X - A N M E L D U N G

**Fax-Nummer: 0211 – 8772 3690**

**GEBERA GmbH  
Frau Olga Hofmann  
Schwannstraße 6  
40476 Düsseldorf**

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Titel)

\_\_\_\_\_  
(Funktion/Abteilung)

\_\_\_\_\_  
(Telefon)

\_\_\_\_\_  
(Krankenhaus/Institution)

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(PLZ)

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(e-mail)

**Erfahrungsaustausch zur Arbeits(zeit)organisation des  
Ärztlichen Dienstes in Krankenhäusern  
am Dienstag, den 16. Oktober 2007 in Bremen**

## Workshop 2: Notfallmanagement

**Hiermit melde ich zum oben genannten Workshop die folgenden Teilnehmer an:**

1.	_____	_____
	Name, Vorname	Funktion
2.	_____	_____
	Name, Vorname	Funktion
3.	_____	_____
	Name, Vorname	Funktion
	_____	_____
	Ort, Datum	Unterschrift

## **Veranstaltungsort**

**Siemens Hochhaus, Raum 1401/02  
Contrescarpe 72  
28195 Bremen**

## **Rücktritt**

Eine Stornierung des Workshops ist nur bis eine Woche vor Tagungsbeginn möglich. Sie muss schriftlich erfolgen. Die Rücktrittsgebühr beträgt in diesem Fall € 20,00 pro Person und Workshop. Bei einer späteren Abmeldung ist die volle Teilnehmergebühr zu entrichten.