



Anmeldeformular Ärztefortbildung:

(per Post, E-Mail oder Fax)

Reisedaten:

Seminar: _____

Termin: _____

Buchungs-Nr.: _____

1. Person:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

2. Person:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Begleitperson (ohne Kursteilnahme):

Unterbringung:

Doppelzimmer zusammen mit:

Halbes Doppelzimmer* _____

Einzelzimmer

nur Seminar

(* Ich buche verbindlich ein halbes Doppelzimmer und erkläre mich damit einverstanden, den Einzelzimmerzuschlag zu bezahlen, falls mein Zimmerpartner die Reise storniert. Dr. Tillmann Travel vermittelt grundsätzlich keine Zimmerpartner.)

Hiermit melde ich mich und als deren Vertreter, die vorstehend genannten Reisetilnehmer zu der oben bezeichneten Reise auf der Grundlage der Reiseausschreibung und der allgemeinen Geschäftsbedingungen des Veranstalters an. Die allgemeinen Geschäftsbedingungen des Veranstalters Dr. Tillmann Travel habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an. Gerne senden wir Ihnen die allgemeinen Geschäftsbedingungen bei Bedarf zu. Sie finden diese auf unserer Homepage unter: www.geostudienreisen.de

Ort, Datum

Unterschrift