Anmeldeformular (an: DAH, Postfach 610 149, 10921 Berlin, FAX 0 30-69 00 87 42)
Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

Titel: **Treffen Netzwerk plus**

Datum: **20.-22.02.2009**

Ort: **Reinhausen**

Seminarkennnummer: **3.H.9207**

Teilnahmebeitrag: **----------**

Ich bin MitarbeiterIn in folgender AIDS-Hilfe oder anderer Einrichtung:

Teilnahmezusage, Anreiseskizze und Seminarunterlagen (oder Absage, falls ausgebucht) erbitte ich an folgende Postanschrift (bitte Druckbuchstaben):

Name:

Strasse und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Telefonnr.:

von Uhr bis Uhr

Darf die Telefonnummer auf der Anmeldeliste, die vorab allen TeilnehmerInnen zugesandt wird und der selbständigen Zusammenstellung von Fahrgemeinschaften dient, veröffentlicht werden?

○ Ja ○ Nein

Alter in Jahren: _____

Dauer der Mitarbeit in der AIDS-Hilfe/ Einrichtung: _____

Ich arbeite als: _____

Ausbildung/Berufserfahrung: _____

Bei Berater- und Betreuertrainings sowie Spezialisierungen für fortgeschrittene MitarbeiterInnen bitte folgende Frage beantworten (andernfalls kann die Anmeldung nicht berücksichtigt werden):
Ich habe folgende Einsteigerschulung und Seminare besucht (Datum, Ort, Veranstalter):

○ **Ich erteile der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. einmalig eine Einzugsermächtigung über folgende Teilnahmegebühr für o.g. Veranstaltung:**

Betrag in Euro _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Bank: _____

Name des Kontoinhabers _____

Anschrift des Kontoinhabers: _____

Unterschrift des Verfügungsberechtigten: _____

○ **Ich zahle die Teilnahmegebühr per Überweisung auf das Konto 070 3500 500 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin BLZ 100 906 03.**
Bei Überweisungen bitte die Seminarkennnummer als Verwendungszweck angeben!

○ Für mich **muss** eine Substitution organisiert werden. Ich werde substituiert mit _____ml/ _____mg L-Polamidon/ Methadon. Name und Adresse des vor Ort substituierenden Arztes werden mir mit der Teilnahmezusage mitgeteilt. Ich selbst werde dann veranlassen, dass mein behandelnder Arzt diesem Kollegen rechzeitig das entsprechende BtM-Rezept mit Mengenangabe zukommen lässt.

○ Ich benötige während der Veranstaltung eine ärztliche Betreuung, und zwar:

_____

Ich melde zusätzlich folgende Kinder an/ Kinderbetreuung wird benötigt: ○ Ja ○ Nein

Name: _____ Alter: _____

Sollte ich aus unvorhergesehen persönlichen oder dienstlichen Gründen verhindert sein, so verpflichte ich mich, umgehend die Anmeldung schriftlich zu stornieren, damit mein Seminarplatz an eine/n NachrückerIn vergeben werden kann. Die Hinweise der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen der DAH – insbesondere die für eine Abmeldung – sind mir bekannt und werden von mir anerkannt (siehe „Hinweise zur Teilnahme“ Veranstaltungskalender der DAH oder veröffentlicht in jedem Anhang des Rundbriefes). Weiterhin ist mir bekannt, dass ohne Zahlung der Teilnahmegebühr – sofern erforderlich – oder bei unvollständigen Angaben im Anmeldeformular meine Anmeldung nicht berücksichtig wird.

Ort/ Datum/ Unterschrift

Bestätigung durch die regionale AIDS-Hilfe/ Einrichtung