

Anmeldeformular (an: DAH, Postfach 610 149, 10921 Berlin, FAX 0 30-69 00 87 42)

Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

Titel: **II. Treffen des NW „Frauen und Aids“ -
(Sexualität und Partnerschaft)**

Datum: **10.-12.07.2009**

Ort: **Kassel**

Seminarkennnummer: **3F-92810**

Ich bin Mitarbeiter/in in folgender AIDS-Hilfe oder anderer Einrichtung/Organisation:

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

!!!Bitte unbedingt ankreuzen ob Privat- oder Geschäftsadresse verwendet wurde!!!

privat **geschäftlich**

Darf die Telefonnummer auf der Anmelde-Liste, 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/Organisation: _____

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 300 606 01.**

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 rechtzeitig 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: _____

Normale Kost Vegetarier/in Sonstiges: _____

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 Nachrücker/in 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 berücksichtigt wird.

Ort/ Datum/ Unterschrift

Bestätigung durch die regionale AIDS-Hilfe/ Einrichtung