

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

Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

**Titel:** Themenwerkstatt  
**Datum:** „Versorgung im Alter und bei Pflegebedarf“  
01. - 03.03.2013  
**Ort:** n.n.  
**Seminarkennnummer:** 4.H.33351  
**Teilnahmebeitrag:** keiner

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 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: \_\_\_\_\_

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 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: \_\_\_\_\_

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 berücksichtigt wird.

Ort/ Datum/ Unterschrift

Bestätigung durch die regionale AIDS-Hilfe/ Einrichtung