

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

Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

Titel: Konzepttreffen Prävention für Kunden in der Prostitution

Datum: 21.-23.11.2014

Ort: AZK, Königswinter

Teilnahmegebühr: keine

Seminar Kennnummer: 4F-4303

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

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

Name:

Strasse und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Telefonnr.: von Uhr bis Uhr

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 Einstiegschulung 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 Apotheke- und Ärztebank Berlin BLZ 300 606 01.
Bei Überweisungen bitte die Seminar Kennnummer als Verwendungszweck angeben!

☐ Für mich muss eine Substitution organisiert werden. Ich werde substituiert mit _____ 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 diesen 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“ Veranstaltungsskalender 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