

Reiseanmeldung
Ärztefortbildungen.de
Norman Faltus e.K.
Paulsbergstr. 11
28832 Achim

bitte senden an:
per Mail an: mail@aerztefortbildungen.de
per Fax: 04202 955 14 37
T.: 04202 955 14 35

SCHIFFSARZTKURSE.DE



Reisedatum: 24.05. – 31.05.2025 – Ungewaltiges Island – Umfahrung der Insel.
BITTE ELEKTRONISCH AUSFÜLLEN,
DATEN LAUT REISEPASS (Titel, alle Vor- und Zunamen)

1.!NAME Vorname Geb. D.

2.!NAME Vorname Geb. D.

Preise inklusive Flug ab/an Deutschland und Rail & Fly

Ankreuzen	Kategorie	Beschreibung	Preis p. P.
<input type="checkbox"/>	RR	Doppel Aussenkabine Polar, Deck 4 – 5 OHNE Flüge + TRANSFERE	€ 3.779,-
<input type="checkbox"/>	RR	Doppel Aussenkabine Polar, Deck 4 – 5 MIT Flüge + TRANSFERE	€ 4.889,-
<input type="checkbox"/>	XT	Doppel Balkonkabine Komfort, Deck 7 – 8 MIT Flüge + TRANSFERE	€ 5.887,-
<input type="checkbox"/>	ABSTRACT	Thema:	X% Reduktion
<input type="checkbox"/>	RR	Einzel Aussenkabine Polar, Deck 4 – 5 MIT Flüge + TRANSFERE	€ 6.608,-
<input type="checkbox"/>	XT	Einzel Balkonkabine Komfort, Deck 7 – 8 MIT Flüge + TRANSFERE	€ 8.041,-
<input type="checkbox"/>	ME	Suite mit Balkon, Deck 5, 7 – 9 MIT Flüge + TRANSFERE	€ 6.684,-

- Ich melde mich verbindlich zum Schiffsarztkurs für € 595,- an. Ich trete für die Zahlung ggf. oben zweiter gebuchter Person ein. Ich bin darüber informiert worden das Hurtigruten AS der Reiseveranstalter ist. Ich akzeptiere die Zahlungs- und Stornobedingungen von Hurtigruten AS. Mindestteilnehmeranzahl 30. Änderungen Themen + Referenten vorbehalten
- Ich möchte von Hamburg, Berlin, München, Frankfurt, Düsseldorf fliegen: _____
- Ich suche eine(n) gleichgeschlechtliche(n) Kollegen:in zur Kabinenteilung
- Ich wünsche eine separate Rechnungsstellung für die o.g. zweite Person

PLZ/Ort Straße

Mobil E-Mail

Datum Unterschrift