

**Reiseanmeldung**  
**Ärztefortbildungen.de**  
Ärztefortbildungen GmbH  
Paulsbergstr. 11  
28832 Achim

**bitte senden an:**  
per Mail an: [mail@aerztefortbildungen.de](mailto:mail@aerztefortbildungen.de)  
per Fax: 04202 955 14 37  
T.: 04202 955 14 35

## SCHIFFSARZTKURSE.DE



**Reisedatum: 26.02. – 12.03.2028 – Höhepunkt der Antarktis**  
**BITTE ELEKTRONISCH AUSFÜLLEN, DATEN LAUT REISEPASS**  
(Titel, alle Vor- und Zunamen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Preise inklusive Flug ab/an Deutschland und Rail & Fly

| Ankreuzen | Kategorie | Beschreibung                                                     | Preis p. P.  |
|-----------|-----------|------------------------------------------------------------------|--------------|
|           | RR        | Doppel Aussenkabine Polar, Deck 4 – 5<br>MIT Flüge + TRANSFERE   | € 11.841,-   |
|           | XT        | Doppel Balkonkabine Komfort, Deck 7 – 8<br>MIT Flüge + TRANSFERE | € 14.009,-   |
|           | ME        | Suite mit Balkon, Deck 5, 7 – 9<br>MIT Flüge + TRANSFERE         | € 16.095,-   |
|           | ABSTRACT  | Thema:                                                           | X% Reduktion |
|           | RR        | Einzel Aussenkabine Polar, Deck 4 – 5<br>MIT Flüge + TRANSFERE   | € 16.014,-   |
|           | XT        | Einzel Balkonkabine Komfort, Deck 7 – 8<br>MIT Flüge + TRANSFERE | € 19.158,-   |
|           | ME        | Einzel Suite mit Balkon, Deck 5, 7 – 9<br>MIT Flüge + TRANSFERE  | auf Anfrage  |

- ☐ Ich melde mich verbindlich zum Schiffsarztkurs für € 695,- 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 HX DE GmbH. 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 \_\_\_\_\_

Wenn verfügbar bitte hier stempeln,