15. Celler Symposium für Kinder-anästhesie und Kindernotfallmedizin
27. - 29. November 2025

ANMELDEFORMULAR

Titel/Name/Vorname	Geb.-Datum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
E-Mail	Telefon
Mitgliedsnummer BDA/DGAI	EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer – nur für ärztliche Teilnehmer aus Deutschland)

Abweichende Rechnungsadresse/ Praxis/ Klinikum

Verbindliche Anmeldung (bitte entsprechend ankreuzen)

Tageskarten Donnerstag, 27.11.2025

❒ T104M	**Tageskarte Do, 27.11.25**, ÄrztInnen, Mitglied BDA/DGAI#	€ 130,-
❒ T102	**Tageskarte Do, 27.11.25**, ÄrztInnen, Nichtmitglied	€ 150,-
❒ T116M	**Tageskarte Do, 27.11.25**, Pflege/Rettung, Mitglied BDA/DGAI#	€ 95,-
❒ T114	**Tageskarte Do, 27.11.25**, Pflege/Rettung, Nichtmitglied	€ 105,-

Tageskarten Freitag, 28.11.2025

❒ T108M	**Tageskarte Fr, 28.11.25**, ÄrztInnen, Mitglied BDA/DGAI#	€ 130,-
❒ T106	**Tageskarte Fr, 28.11.25**, ÄrztInnen, Nichtmitglied	€ 150,-
❒ T120M	**Tageskarte Fr, 28.11.25**, Pflege/Rettung, Mitglied BDA/DGAI#	€ 95,-
❒ T118	**Tageskarte Fr, 28.11.25**, Pflege/Rettung, Nichtmitglied	€ 105,-

Tageskarten Samstag, 29.11.2025

❒ T112M	**Tageskarte Sa, 29.11.25**, ÄrztInnen, Mitglied BDA/DGAI#	€ 110,-
❒ T110	**Tageskarte Sa, 29.11.25**, ÄrztInnen, Nichtmitglied	€ 130,-
❒ T124M	**Tageskarte Sa, 29.11.25**, Pflege/Rettung, Mitglied BDA/DGAI#	€ 85,-
❒ T122	**Tageskarte Sa, 29.11.25**, Pflege/Rettung, Nichtmitglied	€ 95,-

2-Tageskarten Donnerstag + Freitag

❒ T203M	**2-Tageskarte Do+Fr**, ÄrztInnen, Mitglied BDA/DGAI#	€ 210,-
❒ T202	**2-Tageskarte Do+Fr**, ÄrztInnen, Nichtmitglied	€ 230,-
❒ T216M	**2-Tageskarte**, Pflege/Rettung, Mitglied BDA/DGAI#	€ 140,-
❒ T214	**2-Tageskarte Do+Fr**, Pflege/Rettung, Nichtmitglied	€ 160,-

2-Tageskarten Donnerstag + Samstag

❒ T208M	**2-Tageskarte Do+Sa**, ÄrztInnen, Mitglied BDA/DGAI#	€ 190,-
❒ T206	**2-Tageskarte Do+Sa**, ÄrztInnen, Nichtmitglied	€ 210,-
❒ T220M	**2-Tageskarte Do+Sa**, Pflege/Rettung, Mitglied BDA/DGAI#	€ 120,-
❒ T218	**2-Tageskarte Do+Sa**, Pflege/Rettung, Nichtmitglied	€ 140,-

2-Tageskarten Freitag + Samstag

❒ T212M	**2-Tageskarte Fr+Sa**, ÄrztInnen, Mitglied BDA/DGAI#	€ 190,-
❒ T210	**2-Tageskarte Fr+Sa**, ÄrztInnen, Nichtmitglied	€ 210,-
❒ T224M	**2-Tageskarte Fr+Sa**, Pflege/Rettung, Mitglied BDA/DGAI#	€ 120,-
❒ T222	**2-Tageskarte Fr+Sa**, Pflege/Rettung, Nichtmitglied	€ 140,-

3-Tageskarten Donnerstag bis Samstag

❒	D304M	**3-Tageskarte Do-Sa**, ÄrztInnen, Mitglied BDA/DGAI#	€ 270,-
❒	D302	**3-Tageskarte Do-Sa**, ÄrztInnen, Nichtmitglied	€ 290,-
❒	D308M	**3-Tageskarte Do-Sa**, Pflege/Rettung, Mitglied BDA/DGAI#	€ 180,-
❒	D306	**3-Tageskarte Do-Sa**, Pflege/Rettung, Nichtmitglied	€ 200,-
❒	D309	**3-Tageskarte Do-Sa**, Studierende#	€ 0,-

*Seminar**Δ

Freitag, 28.11.2025

❒ S1001 **Prähospitale Analgesie, Sedierung und Narkose**, 16:00 – 18:00 Uhr € 25,-

*Workshops**Δ

WS1	KiTZ-Trauma – praktisches Training für Trauma-Kinder,	28.11.2025	*ausgebucht*
WS2	Sonografisch-kontrollierte Gefäßpunktionen,	28.11.2025	*ausgebucht*
WS3	Notfallsonografie für Alle,	28.11.2025	*ausgebucht*

Gesamtsumme: € _____

Die gesetzliche Mehrwertsteuer von 19 % ist in den Gebühren enthalten.
Die Teilnahmegebühren werden im Namen und für Rechnung der DGAI Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin vereinnahmt.

ΔNur in Verbindung mit einem Tages- oder Dauerausweis buchbar!
*begrenzte Teilnehmerzahl
#unter Vorlage einer Bescheinigung

❒ Ich möchte zukünftig per E-Mail über Veranstaltungen der MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH informiert werden. Dieser Zustimmung kann jederzeit per E-Mail, Telefonat oder Fax widersprochen werden. E-Mails sind zu richten an: datenschutz@mcn-nuernberg.de

Gewünschte Zahlungsweise bitte ankreuzen:

❒ **Bar**

❒ **Kreditkarte:** ❒ Visa Card ❒ Mastercard

❒ **durch SEPA-Lastschrift Mandat**

Bequem und bargeldlos durch SEPA-Lastschrift-Mandat. Ich erteile der MCN GmbH für das 15. Celler Symposium für Kinderanästhesie und Kindernotfallmedizin 2025 ein Rahmenmandat und ermächtige die MCN GmbH, Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg (Gläubiger-ID: DE11ZZZ00000539285), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der MCN GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin einverstanden, dass ich 7 Tage vor dem Fälligkeitstermin der Zahlung über die Abbuchung von der MCN GmbH informiert werde. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____

IBAN BIC

_____

Geldinstitut Kontoinhaber

_____

Ort/Datum

Unterschrift (Die Unterschrift ist für die verbindliche Anmeldung erforderlich!). Mit der Unterschrift werden die Teilnahmebedingungen der Veranstaltung anerkannt. Diese sind online einsehbar unter https://www.mcn-nuernberg.de/externeseiten/ska_2025/teilnahmebedingungen.php