

BExMed  
c/o Hamilton Services  
Landwehrstr 9  
D - 80336 München

Fax: 089 9077936-20  
Email: info@bexmed.de



## Kurs Alpinmedizin: Sommerrefresher Schwerpunkt Klettersport

Veranstaltungsort: Gimpelhaus / Tannheimer Tal  
Termin: 17. - 21. September 2022

**BExMed**  
Deutsche Gesellschaft für  
Berg- u. Expeditionsmedizin e.V.

Geschäftsstelle  
c/o Hamilton Services  
Landwehrstr 9  
D- 80336 München

Telefon: +49 (0)89-9077936-12  
Fax: +49 (0)89-9077936-20  
E-Mail: info@bexmed.de

Titel	Geburtsdatum
Name	Vorname
PLZ	Wohnort
Straße und Nr.	Beruf. Tätigkeit
Telefon privat	Telefon beruflich
Email	

**Vereinsitz:** München

**Präsident:** Prof. Dr. Rainald Fischer  
**Vize-Präsidentin:** Helga Vollendorf

**Bankverbindung**  
Deutsche Apotheker- und  
Ärztebank München

IBAN DE29300606010004351347  
BIC DAAEDED3

- Mitglied in der BExMed  Mitglied in der ÖGAHM (Nachweis anbei)  
 Ich möchte Mitglied in der BExMed werden (Antrag liegt bei)

[info@bexmed.de](mailto:info@bexmed.de)

[www.bexmed.de](http://www.bexmed.de)

### Selbsteinstufung Klettererfahrung:

- Mehrseillängenerfahrung ab UIAA 6, ggf. auch alpin, ggf. Umgang mit mobilen Sicherungen  
 Mehrseillängenerfahrung UIAA 5, Plaisir, eher Sportklettern  
 Keine Mehrseillängenerfahrung, Sportklettern - eher draußen  
 Keine Mehrseillängenerfahrung, Sportklettern - bisher fast nur in der Halle

### Voraussetzungen:

- Spaß und Freude an der Bewegung im Gelände
- Sicheres Gehen in steilem Gelände
- Basisfertigkeiten im Bereich Klettern und selbstständiges Sichern sowie Seilmanagement
- Erwünscht aber nicht obligat, ist die abgeschlossene Alpinarztausbildung
- Mitgliedschaft in der BExMed oder ÖGAHM (Nachweis beilegen)

### Hiermit melde ich mich verbindlich zum Kurs Sommerrefresher Schwerpunkt Klettersport an:

- Kursgebühr 1.150,-- € (50% fällig bei Anmeldung, Restzahlung bis spätestens 27.08.2022)

Für die Teilnahmeberechtigung ist die Zahlung der gesamten Lehrgangsgebühr bis spätestens 3 Wochen vor Lehrgangsbeginn Voraussetzung. Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Anmeldebedingungen gelesen und akzeptiert habe.

Datum:

Unterschrift:

**BExMed BExMed BExMed**