

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

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



**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

**Vereinsitz:** München

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

**Bankverbindung**  
Deutsche Apotheker- und  
Ärztebank München

IBAN DE29300606010004351347  
BIC DAAEDED

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

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

## Kurs Lawinenmedizin und Kälteschäden

Veranstaltungs-Ort: Nösslach im Wipptal  
Termin: 18. - 22. Januar 2023

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

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

### Voraussetzungen:

- Skitourenenerfahrung mit Kondition für 3-4 h Aufstieg und sicheres Abfahren in allen Schneearten
- Erwünscht aber nicht obligat ist die abgeschlossene Alpinarztausbildung
- Mitgliedschaft in der BExMed oder ÖGAHM (Nachweis beilegen)

### Hiermit melde ich mich verbindlich zum Kurs Lawinenmedizin an:

- Kursgebühr 1.120,-- € (mit Frühbucherrabatt bis 15.10.2021 nur 1.070,- €)

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

Datum:

Unterschrift:

**BExMedBExMedBExMed**