

Zum Kurs

§ 218 Schwangerschaftskonfliktberatung

melde ich mich verbindlich an.

Termin: 11. Dezember 2024, 15.00 – 20.30 Uhr
Kursgebühr: 150,- €
Ort: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover

Hinweise zu Zahlungsfristen, Widerruf und Stornofristen entnehmen Sie bitte den AGB's auf der Homepage der Ärztekammer Niedersachsen (www.aekn.de/aerzte/fortbildung/kurse-und-seminare)
Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie eine Anmeldebestätigung. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Einganges berücksichtigt. Bei Nichterreicherung der Teilnehmerzahl behält sich der Veranstalter vor, das Seminar abzusagen.

Teilnehmer/in:

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: Für den Fall der Kostenübernahme durch den Arbeitgeber bitte hier Einrichtung und Dienstanschrift angeben; ansonsten tragen Sie bitte Ihre Privatadresse ein. Nachträgliche Ausstellung von Unterlagen auf die Dienstadresse ist nicht möglich.

Einrichtung:

Straße:

PLZ, Ort:

Email:
(erforderlich)

Tel-Nr.:

Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich zu der oben aufgeführten Veranstaltung an und akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Fortbildungs- und Seminarveranstaltungen (AGB) der Ärztekammer Niedersachsen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kursteilnehmer/in

Einzugsermächtigung: Die Anmeldung ist nur gültig mit Unterschrift und Einzugsermächtigung.

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Niedersachsen (DE25ZZZ0000076440) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer Niedersachsen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN	Name des Geldinstituts
BIC	Kontoinhaber/in

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kontoinhaber/in