Ärztekammer Niedersachsen
ZVM – Zentrales
Veranstaltungsmanagement
Berliner Allee 20
30175 Hannover

Rücksendung:
Fax: 0511/3802 - 2299
**E-Mail:. zvm@aekn.de**

# Anmeldung zur Aktualisierungsschulung

**Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Aspekte für Arztpraxen (FOBI)**

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Wiederholungsschulung bei der Ärztekammer Niedersachsen, Sachgebiet Ärztliche Fortbildung, nach dem „Unternehmermodell“ mit 1 bis zu 50 Beschäftigten an.

**Termine 2024 -** Bitte ankreuzen:

☐ **06. 03. ausgebucht** ☐ **17.04. ausgebucht** ☐ **24.04. ausgebucht**

☐ **15.06. ausgebucht** ☐ **21.06. Hannover** ☐ **21.08. Online-Seminar**

☐ **21.09. Online-Seminar** ☐ **27.09. Hannover**

**Kurszeiten: Mi oder Fr je 14.00 - 19.00 Uhr, Sa 11 – 16 Uhr**
**Die Kursgebühr beträgt € 230, 00**

**Meine Daten:**

*Praxis/Betriebsstätte: _____

***Titel:**_____ Fachrichtung: _____

Name **Praxisinhaber/in** / Geschäftsführer:_____

*Name **Teilnehmer/In:** _____

*Straße:_____ **Barcode:** _____

*PLZ/Ort:_____

Telefon: _____ E-Mail: _____

**Bitte Zutreffendes ankreuzen/ergänzen**:

O An der Erstschulung habe ich teilgenommen **am** _____ **in** _____

Das Unternehmen erklärt seine Teilnahme an der alternativen bedarfsorientierten Betreuung bei der Ärztekammer und erklärt mit der Unterschrift dieser Teilnahmevereinbarung, dass die Ärztekammer die Betreuungsform inkl. aller Änderungen und der Schulungsereignisse an die BGW meldet.

Ansprechpartner für die bedarfsorientierte Betreuung ist die Ärztekammer. Bei Bedarf vereinbart das Unternehmen eine Beratung und/oder Betreuung durch die mit der Ärztekammer kooperierenden Betriebsärzte oder Sicherheitsfachkräfte. Die arbeitsmedizinische Vorsorge ist ggf. zusätzlich zu vereinbaren und der/ die betreuende Betriebsarzt/-ärztin ist den Beschäftigten zu nennen. Die Kosten

für die Betreuung durch eine Fachkraft für Arbeitssicherheit oder einen Betriebsarzt/-ärztin entstehen dementsprechend bei Bedarf.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Übermittlung meiner obigen Angaben (*Name der Betriebsstätte, *Name des Unternehmers, *Name des Teilnehmers *Adresse, *BGW-Nummer) an die zuständige Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hauptverwaltung Hamburg, zu, der gegenüber ich damit die Erfüllung meiner gesetzlichen Verpflichtung zur Unfallverhütung gemäß DGUV Vorschrift 2 nachweisen.

Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie eine Anmeldebestätigung sowie weitere Informationen zur BuS-Fortbildung. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Einganges berücksichtigt. Bei Nichterreichung der Teilnehmerzahl behält sich der Veranstalter vor, das Seminar abzusagen und einen Ersatztermin anzubieten. Es werden 7 Fortbildungspunkte vergeben.

Alle Informationen zu Zahlungsfristen, Widerruf und Stornofristen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Ärztekammer Niedersachsen.
Diese finden Sie im Internet unter: https://www.aekn.de/fortbildung/kurse-und-seminare/

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

Ort, Datum: _____ Unterschrift: ✗ _____

## SEPA-Lastschrift:

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Niedersachsen (Gläubiger-ID: DE25ZZZ00000076440), 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: | BIC: |
| Name/Ort des Geldinstitutes: | Name des Kontoinhabers (wenn abweichend): |

Ort, Datum: _____ Unterschrift: ✗ _____

Wir möchten Sie auf die Möglichkeit hinweisen, eine Seminar-Versicherung abzuschließen. Versicherungsunternehmen bieten Leistungen an, mit denen Sie die Kosten von Bildungsveranstaltungen versichern können. Können Sie z.B. wegen einer kurzfristigen Erkrankung nicht an der Bildungsveranstaltung teilnehmen, erhalten Sie die versicherten Kosten zurück. Mit dem Stichwort „Seminar-Versicherung“ können Sie bei Interesse z.B. im Internet schnell ein geeignetes Angebot finden.

Die Datenschutzerklärung der Ärztekammer Niedersachsen
finden Sie online unter www.aekn.de/datenschutz