

Anmeldung:  
Ärztammer Niedersachsen

Rücksendung per E-Mail: [zvm@aekn.de](mailto:zvm@aekn.de)

## **Kinderschutz**

### **Anmeldung**

**Termin:** **Mittwoch, 28. August 2024 von 14.30 – 20.00 Uhr**  
**Kursgebühr:** kostenfrei  
**Ort:** Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Einrichtung: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Email (wichtig!): .....

Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

EFN / Barcode-Etikett  
(bitte hier eintragen oder hier aufkleben): \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich zum o.g. Kurs an und akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Ärztekammer Niedersachsen für Fortbildungs- und Seminarveranstaltungen** (Hinweise z.B. zu Zahlungsfristen, Widerruf und Stornofristen entnehmen Sie bitte den AGB's in auf der Homepage der Ärztekammer Niedersachsen.)

Unterschrift: **x** \_\_\_\_\_