

Anmeldung:  
Ärztékammer Niedersachsen

Rücksendung per E-Mail: [zvm@aekn.de](mailto:zvm@aekn.de)  
Rücksendung per Fax: 0511 3802 2299

## Gutachterkolloquium Anmeldung

**Termin:** Mittwoch, 23.10.2024 von 14 bis 19 Uhr  
**Kursgebühr:** 120,00 €  
**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.

Frau  Herr

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 (wichtig!): .....

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, wie auf der Homepage veröffentlicht.**

.....  
Unterschrift Kursteilnehmer/in

### 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: (Bitte beachten, 22-stellig)	BIC:
Name/Ort des Geldinstitutes:	Name des Kontoinhabers (wenn von oben abweichend):

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift:  \_\_\_\_\_