

FAX 0511 / 3802 - 2299
E-Mail: zvm@aekn.de

Bitte geben Sie hier Ihre Einheitliche-Fortbildungs-
Nummer / Barcode an:

Zum weiterbildungsrelevanten Kurs

Psychosomatische Grundversorgung Modul 1 und 2 (50 Stunden) – 2025 – Kurs 8

melde ich mich verbindlich an:

Termine:

Start E-Learning-Modul (Theorie – 6 UE) am 21. Juli 2025

Block 1:

Freitag, 15.08.25, 15 – 19.30 Uhr und Samstag, 16.08.25, 8 – 18 Uhr als Präsenzseminare,
Mittwoch, 20.08.25, 17 – 21 Uhr als Online-Seminar

Block 2:

Mittwoch, 10.09.25, 17 – 21 Uhr als Online-Seminar, Freitag, 26.09.25, 15 – 20.00 Uhr und Samstag,
27.09.25, 8 – 18 Uhr als Präsenzseminar

Kursgebühr: 970 € / ermäßigt: 870 € - Ort: ÄKN, 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).

Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie eine Anmeldebestätigung. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des
Einganges berücksichtigt. Bei Nichterreichung der Teilnehmerzahl behält sich der Veranstalter vor, das Seminar abzusagen.

Teilnehmer/in:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Fachrichtung: _____

**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:

Tel-Nr.

Email:

**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.**

.....
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