Ärztekammer Niedersachsen
ZVM
Berliner Allee 20
30175 Hannover

Fax. 0511 3802 2299
zvm@aekn.de

Zum Kurs

Transplantationsbeauftragter Arzt

melde ich mich verbindlich an.

Termin:	**12. bis 15. November 2024 (je ca. 9 – 17.30 Uhr)**
Kursgebühr:	**490,- € (erm. 430,- €)**
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

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.

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.: .....

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Ärztekammer Niedersachsen erkenne ich an.

.....
Unterschrift Kursteilnehmer/in

Einzugsermächtigung: Die Anmeldung ist nur gültig mit Unterschrift und Einzugsermächtigung.
Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Niedersachsen (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	**Name des Geldinstituts**
BIC	**Kontoinhaber/in**

.....
Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber/in

Die Datenschutzerklärung der Ärztekammer Niedersachsen

finden Sie online unter www.aekn.de/datenschutz

Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Hannover
IBAN: DE 10 3006 0601 0101 1921 24
BIC (Swift Code): DAAEDEDDXXX