Anmeldung:
Ärztekammer Niedersachsen

Rücksendung per E-Mail: zvm@aekn.de

Verkehrsmedizinische Begutachtung
Anmeldung

Termine:	**Sa., 14.09.2024 (Teil 1) und Sa., 28.09.2024 (Teil 2),** jeweils ca. 08:30 - 18:30 Uhr zzgl. 2 UE eLearning
Kursgebühr:	320,00 €
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.

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.

☐ Frau ☐ Herr

Name, Vorname:_____Geb. Datum: _____

Adresse: Für den Fall der Kostenübernahme durch den Arbeitgeber bitte hier Einrichtung und Dienstanschrift angeben, <u>ansonsten tragen Sie bitte Ihre Privatadresse ein</u>. 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.

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: ✗ _____

Weitergabe Daten an Dritte:

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Niedersachsen meine Daten für das Absolvierung des E-Learning-Moduls an die Ärztekammer Westfalen-Lippe weiterzuleiten.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: ✗ _____