

Ärztammer Niedersachsen, ZVM

E-Mail: [langeoog@aekn.de](mailto:langeoog@aekn.de)

Als Mitglied einer Ärztekammer notieren Sie Ihre  
Einheitliche-Fortbildungs-Nummer bitte hier:

15-stellig

## Anmeldung zur 22. Langeooger Woche der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie vom 11. bis 15. Mai 2026

Frau      Herr

Titel Vorname Name \_\_\_\_\_

Dienststelle \_\_\_\_\_  
(Bitte die Einrichtung und Dienstanschrift nur angeben bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber)

Straße \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_  
(Benötigen wir für die Zusendung von Informationen zur Woche, bitte angeben)

### Ich melde mich verbindlich an für (bitte ankreuzen):

nur Vorträge „Welten“

oder

Vorträge in Verbindung mit mind. 1 Seminar (bitte zusätzlich Ihr/e Wunschseminar/e ankreuzen)

oder

Seminar/Seminare ohne die Buchung der Vorträge (bitte Ihr/e Wunschseminar/e ankreuzen)

### Seminare 09.00 – 10.30 Uhr

KV01      KV02      KV03      KV04      KV05      KV06      KV07      KV08

### Seminare 11.00 – 12.30 Uhr

KM01      KM02      KM03      KM04      KM05      KM06      KM07      KM08  
KM09

Alternative(n) bei ausgebuchtem Erstwunsch: \_\_\_\_\_

Ich bestätige meine verbindliche Anmeldung zu den von mir oben angekreuzten Veranstaltungen und akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für die Fortbildungswochen der Ärztekammer Niedersachsen. Die Organisatorischen Hinweise auf der Homepage der Ärztekammer Niedersachsen habe ich zur Kenntnis genommen. <https://www.aekn.de/aerzte/fortbildung/langeooger-fortbildungswochen>

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

Für den Fall der Kostenübernahme durch Ihren Arbeitgeber geben Sie bitte oben Ihre Dienststelle und -anschrift an. **Die gesamte schriftliche Korrespondenz hinsichtlich Anmeldeverfahren und Durchführung der Fortbildungswoche wird über die von Ihnen angegebene Adresse abgewickelt.**

Auch bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber ist die Erteilung des SEPA-Lastschriftmandates Voraussetzung für eine verbindliche Anmeldung.

Widerrufsbelehrung:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an:

Ärztékammer Niedersachsen  
Zentrales Veranstaltungsmanagement (ZVM)  
Berliner Allee 20  
30175 Hannover  
E-Mail: [langeoog@aekn.de](mailto:langeoog@aekn.de)  
Fax: 0511 - 3802 2299.

Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte den beigefügten Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Ärztekammer Niedersachsen für Fortbildungs- und Seminarveranstaltungen auf Langeoog.

Ermäßigte Gebühr z.B. bei Arbeitslosigkeit und Elternzeit:

Kann nur bei Vorlage der entsprechenden Bescheinigung mit der Anmeldung gewährt werden.

Seminar-/Reiserücktrittsversicherung:

Wir möchten Sie auf die Möglichkeit hinweisen, eine Seminarversicherung sowie eine Reiserücktrittsversicherung für Hotels und Mietobjekte abzuschließen. Unter dem Stichwort „Seminar-Versicherung“ / „Reiserücktritt“ finden Sie bei Interesse im Internet geeignete Angebote.