ärztekammer niedersachsen

Als Mitglied einer **Ärztekammer** kleben Sie bitte hier Ihr **Barcode-Etikett** ein oder notieren Ihre **E**inheitliche-**F**ortbildungs-**N**ummer:

(15-stellig)

Ärztekammer Niedersachsen, ZVM
Berliner Allee 20, 30175 Hannover
Fax: 0511/ 380 2 2299 E-Mail: zvm@aekn.de

Anmeldung zur 70. Woche der Praktischen Medizin, 13.-17. Mai 2024

☐ Frau ☐ Herr

Titel Vorname Name _____

Dienststelle _____
Bitte angeben bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber

Straße (Privat) _____

PLZ Ort (Privat) _____

Geburtsdatum _____

E-Mail (wichtig) _____
(benötigen wir für die Zusendung von Informationen zur Woche)

Ich melde mich verbindlich an für (bitte ankreuzen):

☐ nur Vorträge „Meer als Fortbildung - Jubiläumsedition“

oder

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

oder

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

☐ **Abendvortrag** (kostenlos)
„Antibiotikatherapie“
(Dienstag, 14.05. 19.30 Uhr)

Reisemedizin - Refresher (**Sonntag** ab 08.45 Uhr)

☐ R01

Hautkrebsscreening (**Tageskurs,** Sonntag ab 08.30 Uhr)

☐ T01

Workshops für Weiterbildende (W01 nur Samstag, W02 Samstag ODER Sonntag buchbar)

Sa.11.05. ☐ W01 ☐ W02

So.12.05. ☐ W02

Vormittagsseminare (Beginn ab 11.00 Uhr)

☐ PV01a ☐ PV02b ☐ PV03 ☐ PV04 ☐ PV05

☐ PV06 ☐ PV07 ☐ PV08 ☐ PV09

Mittagsseminare (Beginn ab 14:00 Uhr)

☐ PM01g ☐ PM02d

☐ PM03 ☐ PM04

Nachmittagsseminare (Beginn ab 15.00 Uhr)

☐ PN01e ☐ PN02o ☐ PN03 ☐ PN04 ☐ PN05 ☐ PN06 ☐ PN07 ☐ PN08 ☐ PN09

Ganztagskurse:

☐ G01 ☐ G02 ☐ G03 ☐ G04

Alternativen bei ausgebuchtem Erstwunsch: _____

Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich zu den von mir oben angekreuzten Veranstaltungen an und akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für die Fortbildungswochen der Ärztekammer Niedersachsen. Die Organisatorischen Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

_____ ✘ _____
Ort, Datum Unterschrift

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: ✘ _____

Für den Fall der Kostenübernahme durch Ihren Arbeitgeber geben Sie bitte oben Ihre Einrichtung und Dienstanschrift 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-Lastschrift-mandates 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 die Ärztekammer Niedersachsen, Zentrales Veranstaltungsmanagement (ZVM), Berliner Allee 20, 30175 Hannover, E-Mail: zvm@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.