

Ärzttekammer Niedersachsen
Referat Fortbildung und Qualitätsentwicklung
Österreichische Ärztekammer

15-stellig

Anmeldung zur 53. Langeooger Psychotherapiewoche vom 11. bis 16. 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 „Herausforderungen gemeinsam bewältigen - Zwischen Bedrohung und Sicherheit“

oder

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

D01 (Di. – Fr., 11.45-12.30 Uhr) Die Diskussionsgruppe kann nur in Verbindung mit den Vorträgen gebucht werden

oder

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

Abendvortrag Dienstag, 12. Mai, 20.00 Uhr

Seminare ab 13.30 Uhr

M01 M02 M03 M04 M05 M06 M07 M08
M09 M10 M11 M12 M13 M14 M15

Seminare ab 16.30 Uhr

N01 N02 N03 N04 N05 N06 N07 N08
N09 N10 N11 N12 N13 N14 N15

alternative Seminarwünsche <small>solte Ihr Erstwunsch bereits ausgebucht sein</small>

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.

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:

Ärztammer Niedersachsen
Zentrales Veranstaltungsmanagement (ZVM)
Berliner Allee 20
30175 Hannover
E-Mail: 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.