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
Berliner Allee 20, 30175 Hannover
Fax: 0511 3802-2299, E-Mail: zvm@aekn.de

Anmeldung zur 51. Langeooger Psychotherapiewoche vom 6. bis 11. Mai 2024

☐ 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

Ich melde mich verbindlich an für (bitte ankreuzen):

☐ nur Vorträge „Unsichere Zeiten – was nun, was tun?“

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, 7. Mai, 20.00 Uhr

Seminare ab 13.30 Uhr

☐ M01 ☐ M02 ☐ M03 ☐ M04 ☐ M05 ☐ M06 ☐ M07 ☐ M08

☐ M09 ☐ M10 ☐ M11 ☐ M12 ☐ M13 ☐ M14 ☐ M15 ☐ M16

☐ (So.-Fr., **ganztägig**)
Psychosomatische Grundversorgung (PGV)

Seminare ab 16.30 Uhr

☐ N01 ☐ N02 ☐ N03 ☐ N04 ☐ N05 ☐ N06 ☐ N07 ☐ N08

☐ N09 ☐ N10 ☐ N11 ☐ N12 ☐ N13 ☐ N14 ☐ N15 ☐ N16

alternative Seminarwünsche
sollte Ihr Erstwunsch bereits ausgebucht sein
_____

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. **Bitte beachten Sie, dass beide Unterschriften für eine verbindliche Anmeldung notwendig sind!**

_____ ✘ _____
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: 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 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 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.