

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

Als Mitglied einer **Ärzttekammer** kleben Sie bitte hier Ihr **Barcode-Etikett** ein oder notieren Ihre **Einheitliche-Fortbildungs-Nummer**:

15-stellig

Anmeldung zu den Sonographiekursen im Rahmen der Langeooger Fortbildungswochen 17. Mai bis 25. Mai 2025

Frau Herr

Titel Vorname Name _____

Dienststelle _____

Bitte die Einrichtung und Dienstanschrift nur angeben bei einer Kostenübernahme durch den Arbeitgeber – diese Anschrift wird für jede weitere schriftliche Korrespondenz genutzt

Straße _____

PLZ Ort _____

Geburtsdatum _____

E-Mail _____

(Wichtig! Die E-Mail benötigen wir für die Zusendung von weiteren Informationen zur Woche)

Ich melde mich verbindlich an für (bitte ankreuzen):

- SG - **Grundkurs** interdisziplinäre „Sonographie des Abdomens, des Retroperitoneums und der Schilddrüse“ inkl. fokussierter Notfallsonographie (17.-20. Mai 2025)
- SA - **Aufbaukurs** interdisziplinäre „Sonographie des Abdomens, des Retroperitoneums und der Schilddrüse“ inkl. fokussierter Notfallsonographie (17.-20. Mai 2025)
- GK-SN - **Grundkurs Notfallsonographie Teil 2** - Echokardiographie (21. Mai 2025)
- AK-SN - **Aufbaukurs Notfallsonographie** (22.-23. Mai 2025)
- SR - Sonographie **Refresher** (24.-25. Mai 2025)

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

X

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: 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.