

Ärztekammer Niedersachsen, Referat Fortbildung und  
Qualitätsentwicklung  
E-Mail: [langeoog@aekn.de](mailto:langeoog@aekn.de)

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

15-stellig

## Anmeldung zu den Sonographiekursen im Rahmen der Langeooger Fortbildungswochen 24. April bis 30. April 2027

☐ 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):

- ☐ **Grundkurs** interdisziplinäre „Sonographie des Abdomens, des Retroperitoneums und der Schilddrüse“ inkl. fokussierter Notfallsonographie (24.-27.04.2027, Kursgebühr 1.100,00 €)
- ☐ **Aufbaukurs** interdisziplinäre „Sonographie des Abdomens, des Retroperitoneums und der Schilddrüse“ inkl. fokussierter Notfallsonographie (24.-27.04.2027, Kursgebühr 1.100,00 €)
- ☐ **Grundkurs Notfallsonographie Teil 2 - Echokardiographie** (28.04.2027, Kursgebühr 450,00 €)
- ☐ **Vertiefungskurs Schilddrüse** (28.04.2027, Kursgebühr 520,00 €)
- ☐ **Doppler-/Duplex-Grundkurs der Gefäße** (28.-30.04.2027, Kursgebühr 750,00 €)
- ☐ **Aufbaukurs Notfallsonographie** (29.-30.04.2027, Kursgebühr 570,00 €)
- ☐ **Refresher Besser Schallen** (29.04.2027, Kursgebühr 540,00 €)
- ☐ **Refresher Differentialdiagnose Akutes Abdomen** (30.04.2027, Kursgebühr 540,00 €)

Ich bestätige meine verbindliche Anmeldung zu der/n von mir oben angekreuzten Veranstaltung/en 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>  
Die Anmeldung ist ohne Originalunterschrift gültig.

### SEPA-Lastschrift:

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Niedersachsen (Gläubiger-ID: DE25ZZZ00000076440), die Teilnahmegebühr/en aus dieser Anmeldung 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 | Name des Kontoinhabers:  |
| Ort, Datum:      | (digitale 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, Referat Fortbildung und Qualitätsentwicklung, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, E-Mail: [langeoog@aeKn.de](mailto:langeoog@aeKn.de). Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte den 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.