

Anmeldung

Fax: 0511/380 2118
E-Mail: zq@aekn.de

Verbindliche Anmeldung Kompaktkurs Patientensicherheit & Risikomanagement Vom 14. - 16.12.2020

Veranstaltungsort: Ärztekammer Niedersachsen, Karl-Wiechert-Allee 18-22, 30625 Hannover
Die Teilnahmegebühr beträgt **490,- Euro** inkl. Arbeitsunterlagen und Pausengetränken.

Nachname: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Position: _____

Klinik/Praxis: _____ ggf. Abteilung: _____

Privat oder Dienstlich

Anschrift: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ „Notfallnummer“ (für kurzfristige Änderungen): _____

E-Mail: _____

Ich stimme bis auf Widerruf zu, dass die von mir oben angegebenen Daten den Teilnehmenden sowie den Referierenden der Veranstaltung in Form einer Teilnehmendenliste zur Verfügung gestellt werden. **Nur für Peer Review:** Ich stimme außerdem bis auf Widerruf zu, dass die von mir oben angegebenen Daten im Rahmen eines Peer-Review-Besuches an die teilnehmenden Peers und die zu besuchende Klinik / Praxis weitergegeben werden.

ich stimme zu ich stimme nicht zu **Unterschrift:** _____

Ich stimme zu, dass die von mir angegebenen Daten bis auf Widerruf von der Ärztekammer Niedersachsen, Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, zur Übersendung aktueller Informationen und Newsletter aus den Bereichen Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung genutzt werden.

ich stimme zu ich stimme nicht zu **Unterschrift:** _____

Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich zu der oben aufgeführten Veranstaltung an und akzeptiere die **Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Ärztekammer Niedersachsen** (abrufbar unter: https://www.aekn.de/fileadmin/media/Downloadcenter/ZQ/Kurse_Seminare/Allgemeine_Geschaeftsbedingungen_AEKN.pdf).

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Einzugsermächtigung: *

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Niedersachsen, die fällige Teilnahmegebühr für die oben genannte Veranstaltung von folgendem Konto einzuziehen:

Name/Ort des Geldinstitutes: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Name kontoinhabende Person (wenn von oben abweichend): _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift**
kontoinhabende Person: _____

