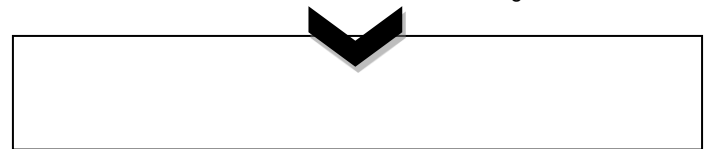


Ärztekammer Niedersachsen, Fortbildung
Karl-Wiechert-Allee 18-22, 30625 Hannover
Fax: 0511 / 380 2499, E-Mail: fortbildung@aekn.de



Anmeldung zur 67. Woche der Praktischen Medizin, 03. - 07. Juni 2019

Frau Herr

Titel, Vorname, Name _____

Dienststelle _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

E-Mail (wichtig) _____

Ich melde mich verbindlich an für (bitte ankreuzen):

nur Vorträge ohne Seminare „MEDIZINETHIK und PRAKTISCHE MEDIZIN“ oder
Vorträge und (bitte Ihr/e Wunschseminar/e ankreuzen)

Tagesseminare

T01 T02 T03

Mittagsvortrag
„Medizin hinter Gittern“
(Mittwoch 13.30-14.30 Uhr)

Vortragsseminare inkl. Vorträge (Beginn 11.00 Uhr)

V01 (alpha)	V01 (beta)	V01 (gamma)	V01 (delta)	V01 (epsilon)	V02	V03			
V04	V05	V06	V07	V08	V09	V10	V11	V12	V13

Nachmittagsseminare inkl. Vorträge (Beginn 15.00 Uhr)

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

Ganztagskurse (inkl. Vorträge)
(Beginn 11.00 Uhr)

G03 G06

Ganztagskurse ohne Vorträge:
(Beginn: 09.00 Uhr / 09.30 Uhr)

G01 G02 G04 G05

Alternativen bei ausgebuchtem Erstwunsch: _____

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.

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:	BIC:
Name/Ort des Geldinstitutes:	Name des Kontoinhabers (wenn von oben abweichend):

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

Für den Fall der Kostenübernahme durch Ihren Arbeitgeber geben Sie bitte oben Ihre Einrichtung und Dienstanschrift an. Die gesamte schriftliche Korrespondenz hinsichtlich Anmeldeverfahren und Durchführung der Fortbildungswoche wird über die von Ihnen angegebene Adresse abgewickelt.

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, Fortbildung, Karl-Wiechert-Allee 18-22, 30625 Hannover, E-Mail: fortbildung@aekn.de, Fax: 0511/3802499. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte den AGBs auf unserer Homepage.

Ermäßigte Gebühr z. B. bei Arbeitslosigkeit und Elternzeit:

Kann nur bei Vorlage der entsprechenden Bescheinigung mit der Anmeldung gewährt werden.

Seminarversicherung:

Wir möchten Sie auf die Möglichkeit hinweisen, eine Seminar-Versicherung abzuschließen. Versicherungsunternehmen bieten Leistungen an, mit denen Sie die Kosten von Bildungsveranstaltungen versichern können. Sollten Sie z. B. wegen einer Erkrankung an der Teilnahme der Bildungsveranstaltung kurzfristig verhindert sein, erhalten Sie die versicherten Kosten zurück. Unter dem Stichwort „Seminar-Versicherung“ finden Sie bei Interesse im Internet geeignete Angebote.

