

Kursanmeldung

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

**Verbindliche Anmeldung zum
14. ZQ-Forum Patientensicherheit & Risikomanagement
am 16.06.2017 von 10 bis 16 Uhr**

Veranstaltungsort: Vortragssaal Ärztehaus Hannover, Berliner Allee 20, 30175 Hannover
Die Teilnahmegebühr beträgt 25,- Euro.

Nachname: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Position: _____

Klinik: _____ Abteilung: _____

Privat oder Dienstlich

Anschrift: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir oben angegebenen Daten den Kursteilnehmern sowie den Referenten des Kurses in Form einer Teilnehmerliste zur Verfügung gestellt werden (ohne Telefonnummer).

einverstanden

nicht einverstanden

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/fortbildung/kurse-und-seminare/>). Ich nehme zur Kenntnis, dass die von mir angegebenen Daten von der Ärztekammer Niedersachsen, Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen zur Übersendung aktueller fachlicher Informationen zu den Themen Qualitätsmanagement und Patientensicherheit genutzt werden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung: **

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Niedersachsen, die fälligen Teilnahmegebühren für den oben genannten Kurs von folgendem Konto einzuziehen:

Name/Ort des Geldinstitutes: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Name des Kontoinhabers (wenn von oben abweichend): _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift Kontoinhaber/in: _____

Nur vollständig ausgefüllte und lesbare Anmeldungen können bearbeitet werden.

*** Die Anmeldung ist nur gültig mit Unterschrift und Einzugsermächtigung.*