



ANTWORTFAX (ANMELDUNG)

Praxis Marion Ries Fax (0241/875140)



Institut für hausärztliche Fortbildung
im Deutschen Hausärzterverband (IHF) e.V.

Ich möchte an der Fortbildung zur "VERAH" teilnehmen und melde mich verbindlich zum

Semi-Kompaktkurs an:

Seminarort:

Termine:

Teilnehmerin

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Arzthelfer:innenbrief und Beschäftigungsnachweis fügen Sie bitte dem Anmeldeformular bei!

Anmerkungen:

Ich gestatte dem Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IHF) e.V., meine Daten zu Informationszwecken elektronisch zu speichern, Darüber hinaus werden meine personenbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben. Die Einwilligung in die Speicherung und zweckgerichteten Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit unter ihf@hausarztverband.de widerrufen.

Ich versichere rechtsverbindlich, dass ich die nötigen Zulassungsvoraussetzungen zur Teilnahme an der VERAH[®]-Fortbildung erfülle (siehe www.verah.de>VERAH[®]-Curriculum:II.Teilnahmevoraussetzungen)

Arztpraxis

LANR:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

E-Mail:

**Bei nicht Erreichen der Mindestteilnehmerzahl,
müssen wir den Kurs ggfs. leider kurzfristig absagen.**

Ort/Datum

Unterschrift Teilnehmerin

Ort/Datum

Unterschrift Arbeitgeber/Praxisstempel