

ANTWORTFAX (ANMELDUNG)

Bitte beachten Sie den Anmeldeschluss
Fax 07347/9223513



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

Ich möchte an der Fortbildung zur VERAH® teilnehmen und melde mich verbindlich für das folgende

Seminar an:

Seminarort:

ab:

Teilnehmerin

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ/Ort

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Anmerkungen:

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Ihf für Teilnehmer/-innen an VERAH® Fortbildungsveranstaltungen habe ich gelesen und bin mit dem Inhalt einverstanden (obligatorische Angabe)

Bitte informieren Sie sich über die Zulassungsvoraussetzungen zur Teilnahme an der Prüfung unter:

www.verah.de >VERAH® -Curriculum: II Teilnahmevoraussetzungen

Arztpraxis

LANR:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel.-Nr:

Fax-Nr.:

E-Mail:

Mitarbeiter/in in einer Praxis eines Mitglieds im Deutschen Hausärzterverband

(Teilnahmegebühr Kompaktseminar 1.537,48 € inkl. gesetzl. MwSt. 19%, inkl. TN-Unterlagen und Verpflegung)

Preise für Einzelmodule siehe www.verah.de

Mitarbeiter/in in einer Praxis eines Nicht-Mitglieds im Deutschen Hausärzterverband

(Teilnahmegebühr Kompaktseminar 1.871,28 € inkl. gesetzl. MwSt. 19%, inkl. TN-Unterlagen und Verpflegung)

Preise für Einzelmodule siehe www.verah.de

BANKEINZUGSERMÄCHTIGUNG

Kontoinhaber:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Hinweis:

Mit der Überprüfung meiner Mitgliedschaft erkläre ich mich einverstanden. Die Teilnahmegebühr wird in vollständiger Höhe 14 Tage vor dem Seminartermin abgebucht. Falls das genannte Konto keine Deckung aufweist, obliegt es dem Kontoinhaber für ausgleichende Deckung Sorge zu tragen. Absagen müssen bis spätestens 4 Wochen vor Beginn der Fortbildung ansonsten ist keine Erstattung möglich.

Ort/Datum

Unterschrift Teilnehmerin

Ort/Datum

Unterschrift Arbeitgeber/Praxisstempel