

# ANTWORTFAX (ANMELDUNG)

Bitte bis spätestens 14 Tage vor Schulungstermin zurücksenden.  
Oder telefonisch nach freien Plätzen fragen. Vielen Dank.

Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF)

 (02203) 5756-7000

Ich möchte an der Fortbildung zur " **VERAH** <sup>®/™</sup> teilnehmen und melde mich verbindlich für die nachfolgende Veranstaltung zum Modul „**Gesundheitsmanagement**“ an (Bitte ankreuzen):

Termin/e	Uhrzeit	Schulungsort
<input type="radio"/> 10. – 11. Juli 2009	13:15 – 18:00 Uhr / 09:00 – 14:45 Uhr	Öhringen*
<input type="radio"/> 10. – 11. Juli 2009	09:00 – 18:00 Uhr / 09:00 – 10:30 Uhr	Leipzig*
<input type="radio"/> 20. – 21. November 2009	10:00 – 17:00 Uhr / 10:00 – 14:45 Uhr	Hamburg*
<input type="radio"/> 28. – 29. November 2009	13:15 – 18:00 Uhr / 09:00 – 14:45 Uhr	Herrenberg*

\* Die genauen Adressdaten zum Veranstaltungsort erhalten Sie mit unserem Bestätigungsschreiben.

## Anmeldedaten:

Name des  
Arztes:

Praxisanschrift:

Name der MFA:

E-Mail-Adresse:

Privatanschrift  
MFA:

PLZ und Ort

Telefon  
(mit Vorwahl)

Abschlusszeugnis und Beschäftigungszeugnis sind angefügt

## **Bankeinzugsermächtigung:**

**Kontoinhaber:**

**Kontonummer:** .....

**Bankleitzahl:** .....

### **Teilnahme als:**

- Mitarbeiterin in einer Praxis eines Mitglieds im Deutschen Hausärzteverband  
(Teilnahmegebühr 160 € zzgl. gesetzl. MwSt. 19 %, inkl. TN-Unterlagen und Verpflegung)
- Mitarbeiterin in einer Praxis eines Nicht-Mitglieds im Deutschen Hausärzteverband  
(Teilnahmegebühr 200 € zzgl. gesetzl. MwSt. 19 %, inkl. TN-Unterlagen und Verpflegung)

### **Hinweis:**

Mit der Überprüfung meiner Mitgliedschaft erkläre ich mich einverstanden. Falls das genannte Konto keine Deckung aufweist, obliegt es dem Kontoinhaber für ausgleichende Deckung Sorge zu tragen. Diese Ermächtigung gilt auch für spätere Anmeldebestätigungen welche für die nebenstehende gemeldete Medizinische Fachangestellte unter dem Verwendungszweck

„VERAH® - Modul Gesundheitsmanagement“ nötig werden.

Absagen müssen bis spätestens 10 Tage vor Beginn der Fortbildung *schriftlich* erfolgen, ansonsten ist *keine* Erstattung möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# ANTWORTFAX (ANMELDUNG)

Bitte bis spätestens 14 Tage vor Schulungstermin zurücksenden.  
Oder telefonisch nach freien Plätzen fragen. Vielen Dank.

Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF)

 (02203) 5756-7000

Ich möchte an der Fortbildung zur " **VERAH** <sup>®/™</sup> teilnehmen und melde mich verbindlich für die nachfolgende Veranstaltung zum Modul „**Gesundheitsmanagement**“ an (Bitte ankreuzen):

Termin/e	Uhrzeit	Schulungsort
<input type="radio"/> 10. – 11. Juli 2009	13:15 – 18:00 Uhr / 09:00 – 14:45 Uhr	Öhringen*
<input type="radio"/> 10. – 11. Juli 2009	09:00 – 18:00 Uhr / 09:00 – 10:30 Uhr	Leipzig*
<input type="radio"/> 20. – 21. November 2009	10:00 – 17:00 Uhr / 10:00 – 14:45 Uhr	Hamburg*
<input type="radio"/> 28. – 29. November 2009	13:15 – 18:00 Uhr / 09:00 – 14:45 Uhr	Herrenberg*

\* Die genauen Adressdaten zum Veranstaltungsort erhalten Sie mit unserem Bestätigungsschreiben.

## Anmeldedaten:

Name des  
Arztes:

Praxisanschrift:

Name der MFA:

E-Mail-Adresse:

Privatanschrift  
MFA:

PLZ und Ort

Telefon  
(mit Vorwahl)

Abschlusszeugnis und Beschäftigungszeugnis sind angefügt

## **Bankeinzugsermächtigung:**

**Kontoinhaber:**

**Kontonummer:** .....

**Bankleitzahl:** .....

### **Teilnahme als:**

- Mitarbeiterin in einer Praxis eines Mitglieds im Deutschen Hausärzteverband  
(Teilnahmegebühr 160 € zzgl. gesetzl. MwSt. 19 %, inkl. TN-Unterlagen und Verpflegung)
- Mitarbeiterin in einer Praxis eines Nicht-Mitglieds im Deutschen Hausärzteverband  
(Teilnahmegebühr 200 € zzgl. gesetzl. MwSt. 19 %, inkl. TN-Unterlagen und Verpflegung)

### **Hinweis:**

Mit der Überprüfung meiner Mitgliedschaft erkläre ich mich einverstanden. Falls das genannte Konto keine Deckung aufweist, obliegt es dem Kontoinhaber für ausgleichende Deckung Sorge zu tragen. Diese Ermächtigung gilt auch für spätere Anmeldebestätigungen welche für die nebenstehende gemeldete Medizinische Fachangestellte unter dem Verwendungszweck

„VERAH® - Modul Gesundheitsmanagement“ nötig werden.

Absagen müssen bis spätestens 10 Tage vor Beginn der Fortbildung *schriftlich* erfolgen, ansonsten ist *keine* Erstattung möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift