

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[®]" teilnehmen und melde mich **verbindlich** für die nachfolgende Veranstaltung zum Modul „Praxismanagement“ an (Bitte ankreuzen):

Termin/e	Uhrzeit	Schulungsort
<input type="radio"/> 17. – 19. Juli 2009	09:00 – 16:30 Uhr/ 09:00 – 14:45 Uhr	Öhringen*
<input type="radio"/> 25. – 27. September 2009	16:15 – 18:00 Uhr/ 09:00 – 18:00 Uhr/ 09:00 – 14:45 Uhr	Herrenberg*
<input type="radio"/> 15. – 16. Januar 2010	08:00 – 17:45 Uhr	Lübeck

* 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 Hausärzterverband
(Teilnahmegebühr 230 € zzgl gesetzl. MwSt. 19%, inkl. TN Unterlagen und Verpflegung)
- Mitarbeiterin in einer Praxis eines Nicht-Mitglieds im Deutschen Hausärzterverband
(Teilnahmegebühr 280 € 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 Praxismanagement“ nötig werden. Absagen müssen bis spätestens 10 Tage vor Beginn der Fortbildung *schriftlich* erfolgen, ansonsten ist *keine* Erstattung möglich.

Ort/ Datum

Unterschrift