

Verbindliche Anmeldung

Bitte beachten Sie bei der Rücksendung den jeweiligen Anmeldeschluß!

Rücksendung an: Fax 0 73 92/70 90 85 3

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Ich möchte mich verbindlich zu folgendem VERAH®-Kompaktkurs anmelden:

Seminarort/Seminarbeginn

Bemerkungen: _____

Teilnehmerin:

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Tel.

Email

Ich gestatte dem IhF e. V. und dem Landesverband Baden Württemberg 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 zweckgerichtete Verarbeitung kann ich jederzeit unter sabine.schoenecke@hausarzt-bw.de widerrufen.

Arztshelferinnen-/MFA-Brief und Beschäftigungsnachweis müssen mit den Prüfungsunterlagen, spätestens 3 Wochen vor Prüfungstermin, eingereicht werden.

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

Ort/Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

Arztpraxis: LANR: _____

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Tel. und Fax

Email

- Die angemeldete Teilnehmerin ist Mitarbeiterin in einer Praxis eines Mitglieds im Deutschen Hausärzteverbands (Teilnahmegebühr 1.280.- € zzgl. gesetzl. MwSt von 19 %, inkl. Teilnahmeunterlagen und Verpflegung).
- Die angemeldete Teilnehmerin ist Mitarbeiterin eines Nicht-Mitglieds im Deutschen Hausärzteverbands (Teilnahmegebühr 1.585.- € zzgl. gesetzl. MwSt von 19 %, inkl. Teilnahmeunterlagen und Verpflegung).

Bankeinzugsermächtigung:

Kontoinhaber

Kontonummer

Bankleitzahl

Hinweis:

Mit der Überprüfung der Mitgliedschaft erkläre ich mich einverstanden. Die Teilnahmegebühr wird in vollständiger Höhe 10 Tage vor dem 1. Seminartermin abgebucht. Falls das genannte Konto keine Deckung aufweist, obliegt es dem Kontoinhaber für ausgleichende Deckung zu sorgen. Absagen müssen bis spätestens 10 Tage vor Beginn der Fortbildung schriftlich erfolgen, ansonsten ist keine Erstattung möglich.

Ort/Datum

Unterschrift/Praxisstempel