

FAX-Anmeldung
☎ (02203) 5756-7013

Antwortfax (Anmeldung) VERAHplus

VERAH®
Eine Initiative des Deutschen Hausärztesverbandes

Beachten Sie bitte, dass nur eine begrenzte Anzahl an Plätzen in einem Kurs zur Verfügung steht.
Nach Eingang und Prüfung Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine Registrierbestätigung an die private E-Mail-Adresse oder per Fax in die Praxis

Ich melde mich verbindlich für das folgende Seminar an:

Termin: _____ **Seminarort:** _____

TEILNEHMER/IN: Herr Frau **MFA ID/ Kundennummer:** _____

VORNAME : _____

NAME : _____

PRIVATANSCHLUSSE:

STR. / HAUSNR. : _____
PLZ / ORT : _____
EMAIL : _____

PRAXISANSCHLUSSE:

PRAXISNAME: _____
STR. / HAUSNR. : _____
PLZ / ORT: _____
TELEFON/ FAX: _____
BSNR: _____

BANKGUTHABENSCHUTZ:

KONTOINHABER: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Durch meine Unterschrift akzeptiere ich die AGB des IhF für Teilnehmer/innen an VERAH® Fortbildungsveranstaltungen. Die AGB habe ich gelesen und bin mit dem Inhalt einverstanden. Bei erfolgreichem Abschluss der angemeldeten Fortbildung/Fortbildungen von HzV-Vertragsteilnehmergehörigen wird dies automatisch im Vertragsdatenmanagement der HÄVG Rechenzentrum GmbH abgebildet und dort gegebenenfalls zur Anerkennung von Zuschlägen und Einzelleistungen im Rahmen der HzV-Verträge verwendet.

Mit der Überprüfung meiner Mitgliedschaft (DEGAM und Medi muss vor Rechnungsstellung per Fax oder E-Mail nachgewiesen werden) erkläre ich mich durch meine Unterschrift einverstanden.
Falls das genannte Konto keine Deckung aufweist, obliegt es dem Kontoinhaber für ausgleichende Deckung Sorge zu tragen. Stornierungen müssen bis spätestens 4 Wochen vor Beginn der Fortbildung schriftlich eingegangen sein, ansonsten ist keine Erstattung möglich.

(*Diese Fortbildungsgebühren sind gemäß § 4 Nr. 21 a) bb) umsatzsteuerfrei.)

- DEMENTZ**
MITGLIEDER: 136,12 €
NICHTMITGLIEDER: 163,17 €
KOMBI-GEBÜHR*, MITGLIEDER: 109,99 €/ NICHTMITGLIEDER: 119,45€
- SCHMERZMANAGEMENT IN DER HAUSARZTPRAXIS**
MITGLIEDER: 176,39 €
NICHTMITGLIEDER: 198,58 €
KOMBI-GEBÜHR*, MITGLIEDER: 121,67 €/ NICHTMITGLIEDER: 146,85 €
- PALLIATIVE CARE - HÄUSLICHE STERBEBEGLEITUNG**
MITGLIEDER: 176,39 €
NICHTMITGLIEDER: 198,58 €
KOMBI-GEBÜHR*, MITGLIEDER: 121,67 €/ NICHTMITGLIEDER: 146,85 €
- WORKSHOP ULCUS CRURIS/DEKUBITUS**
MITGLIEDER: 176,39 €
NICHTMITGLIEDER: 198,58 €
KOMBI-GEBÜHR*, MITGLIEDER: 121,67 €/ NICHTMITGLIEDER: 146,85 €
- ARZNEIMITTELVERSORGUNG**
MITGLIEDER: 190,00 €
NICHTMITGLIEDER: 209,00 €
- BURNOUT**
MITGLIEDER: 178,00 €
NICHTMITGLIEDER: 199,00 €
KOMBI-GEBÜHR*, MITGLIEDER: 135,00 €/ NICHTMITGLIEDER: 156,00 €
- BETREUUNG EINES PATIENTEN MIT HERZINSUFFIZIENZ**
MITGLIEDER: 178,00 €
NICHTMITGLIEDER: 199,00 €
KOMBI-GEBÜHR*, MITGLIEDER: 135,00 €/ NICHTMITGLIEDER: 156,00 €

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber/in /Praxisstempel

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

AGB: Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des IhF ([s. www.verah.de/agn](http://www.verah.de/agn))

Anmeldung über: Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärztesverband (IhF) e. V. Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, Telefon: 02203 5756 3333 (Mo. - Fr. 10-12 Uhr), Telefax: 02203 5756 7013
E-Mail: verah@ihf-fortbildung.de Internet: www.verah.de