

FAX-Anmeldung  
☎ (02203) 5756-7013

# Anmeldung zur mündlichen Abschlussprüfung Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®)

**VERAH®**  
Eine Initiative des Deutschen Hausärzteverbandes

Ich melde mich verbindlich für die folgende VERAH-Prüfung an:

<b>Termin :</b>	<b>Prüfungsort:</b>	<b>Prüfungsgruppen (Uhrzeit):</b>	
<b>TEILNEHMER/IN:</b>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> 8:15 – 9:15	<input type="checkbox"/> 12:00 – 13:00
<b>VORNAME :</b>		<input type="checkbox"/> 9:30 – 10:30	<input type="checkbox"/> 14:15 – 15:15
<b>NAME :</b>		<input type="checkbox"/> 10:45 – 11:45	<input type="checkbox"/> 15:30 – 16:30
<b>GEBURTSTAG/ - ORT :</b>			

<b>STR. / HAUSNR. :</b>	
<b>PLZ / ORT :</b>	
<b>E-MAIL :</b>	
<b>TELEFON :</b>	
<b>BEMERKUNG :</b>	

<b>PRAXISANSCHRIFT:</b>	
<b>PRAXISNAME :</b>	
<b>BSNR:</b>	
<b>STR. /HAUSNR. :</b>	
<b>PLZ / ORT :</b>	
<b>E-MAIL :</b>	
<b>TELEFON/ FAX :</b>	

<b>TEILNAHMEGEBÜHREN:</b> <b>(BITTE ANKREUZEN):</b>
VERAH-Prüfung MG/ Nicht MG: <input type="checkbox"/> 179/ 220 €
Lernerfolgskontrolle: <input type="checkbox"/> 50 €

Es besteht kein Anspruch auf die ausgewählte Uhrzeit. Wir behalten uns vor, Ihnen im Bedarfsfall eine andere Uhrzeit zuzuteilen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

### **BANKEINZUGSERMÄCHTIGUNG:**

<b>KONTOINHABER :</b>	
<b>IBAN :</b>	
<b>BIC :</b>	

Die Teilnahmegebühr wird in vollständiger Höhe 14 Tage vor dem Prüfungstermin abgebucht. 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.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber/Praxisstempel