

FAX-Anmeldung  
☎ (02203) 5756-7013

# Antwortfax (Anmeldung) VERAH® KOMPAKTSEMINAR

**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 Kompaktseminar an:**

<b>Termine (von-bis):</b>		<b>Seminarort:</b>	
---------------------------	--	--------------------	--

<b>TEILNEHMER/IN:</b>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
-----------------------	---

<b>VORNAME :</b>	
------------------	--

<b>NAME :</b>	
---------------	--

<b>GEBURTSTAG/ - ORT :</b>	
----------------------------	--

<b>STR. / HAUSNR. :</b>	
-------------------------	--

<b>PLZ / ORT :</b>	
--------------------	--

<b>E-MAIL :</b>	
-----------------	--

<b>TELEFON :</b>	
------------------	--

<b>BEMERKUNG :</b>	
--------------------	--

<b>TEILNAHMEGEBÜHREN: (BITTE ANKREUZEN):</b>		
--	--	--

Mitarbeiter/in in einer Praxis eines Mitglieds im Dt. Hausärztesverband/ Medi/Degam

Mitarbeiter/in in einer Praxis eines Nicht-Mitglieds im Dt. Hausärztesverband

Kompaktseminar:	<input type="checkbox"/> 2.374,00 €	<input type="checkbox"/> 2.836,00 €
-----------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Ergänzungsteil NäPa:	<input type="checkbox"/> 475,00 €	<input type="checkbox"/> 560,00 €
----------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

(alle Preise inkl. TN-Unterlagen u. Verpflegung und inkl. gesetzl. MwSt. 19%)

## PRAXISANSCHRIFT:

<b>PRAXISNAME :</b>	
---------------------	--

<b>BSNR:</b>	
--------------	--

<b>STR. /HAUSNR. :</b>	
------------------------	--

<b>PLZ / ORT :</b>	
--------------------	--

<b>E-MAIL :</b>	
-----------------	--

<b>TELEFON/ FAX :</b>	
-----------------------	--

## BANKEINZUGSERMÄCHTIGUNG:

<b>KONTOINHABER :</b>	
-----------------------	--

<b>IBAN :</b>	
---------------	--

<b>BIC :</b>	
--------------	--

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. Die Teilnahmegebühr wird in vollständiger Höhe 14 Tage vor dem Seminartermin 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