

FAX-Anmeldung
☎ (02203) 5756-7013

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

VERAH®
Eine Initiative des Deutschen Hausärzterverbandes

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

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

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

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

TEILNAHMEGEBÜHREN: (BITTE ANKREUZEN):	
VERAH-Prüfung:	<input type="checkbox"/> 160,-€
Lernerfolgskontrolle:	<input type="checkbox"/> 45,-€

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:

KONTOINHABER :	
IBAN :	
BIC :	

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.

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. Die Lernerfolgskontrolle wird zurzeit nur zu ausgewählten Prüfterminen im Bundesland Niedersachsen über das IhF angeboten. Bitte informieren Sie sich über die Vorgehensweise in Ihrer Gegend auf www.verah.de bzw. bei Ihrer zuständigen Ärztekammer.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber/Praxisstempel