

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>	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter/in in einer Praxis eines <u>Mitglieds</u> im Dt. Hausärztesverband/ Medi/Degam	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter/in in einer Praxis eines <u>Nicht-Mitglieds</u> im Dt. Hausärztesverband
--	---	---

<b>Kompaktseminar:</b>	<input type="checkbox"/> 2.577,00 €	<input type="checkbox"/> 3.105,00 €
------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

<b>Ergänzungsteil NäPa:</b>	<input type="checkbox"/> 493,00 €	<input type="checkbox"/> 588,00 €
-----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

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

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-Vertragsteilnahmevoraussetzungen 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.

Über die Zulassungsvoraussetzungen zur Teilnahme an der Fortbildung habe ich mich informiert (s. www.verah.de > Abschlussprüfung und LEK > Fortbildungsordnung > §3).

## 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