



## Anmeldung

**oder gerne auch per Fax bzw. Mail:**

Bezirksärztekammer Wiesbaden  
Fachkundige Stelle  
Wilhelmstraße 60  
65183 Wiesbaden

Fax: 0611 97748-41  
E-Mail: bezaek.wiesbaden@laekh.de

**(Bitte alle Felder gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)**

EFN-Barcode:
Titel/Vorname/Name:
Geburtsdatum:
Straße/Hausnummer (dienstlich):
PLZ/Ort (dienstlich):
Telefon (dienstlich):
E-Mail:
Datum der Erstschulung (mindestens die Jahresangabe!):

Ich melde mich **verbindlich** zu folgender Fortbildungsveranstaltung an:

<b>Samstag, den</b> <b>23.02.2019</b>  <b>zwischen</b> <b>09:00 – 15:00</b> <b>Uhr</b>	<b>Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)</b>  <b>im Rahmen der Veranstaltung</b> <b>„4. Tag der Arbeitsmedizin“</b>  - Präsenzveranstaltung im zeitlichen Umfang von 90 Minuten -	<b>Kurhaus Wiesbaden</b> <b>Rotunde &amp;</b> <b>Galerie der Rotunde</b> <b>Kurhausplatz 1</b> <b>65189 Wiesbaden</b>	<b>Einsendung bis</b> <b>24.01.2019:</b> <b>69,00 Euro</b> (inkl. 0 %MwSt.)  <b>Einsendung ab</b> <b>25.01.2019:</b> <b>79,00 Euro</b> (inkl. 0 %MwSt.)
---	---	---	---

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner Daten an die organisierende Firma RG Gesellschaft für Information und Organisation mbh, zum Zwecke der Rechnungsstellung und Veranstaltungsabwicklung, ausschließlich für diese Veranstaltung.**

Sie können bis 10 Tage vor Veranstaltungsbeginn Ihre Teilnahme kostenfrei stornieren.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Praxisstempel