



Anmeldung

51. Internationaler Seminarkongress in Grado/Italien

An die Akademie
für Ärztliche Fort- und Weiterbildung
Frau Stephanie Pfaff
Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim

Mail: stephanie.pfaff@laekh.de

Fax: 069 - 97672-67222

Persönliche Angaben

(diese Angaben werden in der Datenbank der Landesärztekammer Hessen erfasst):

Titel Vorname Name:	
Geburtsdatum:	EFN:
Straße:	Facharztbezeichnung:
PLZ Wohnort:	
Telefon:	Ich bin Mitglied im CMIG e.V. <input type="radio"/>
E-Mail:	
Tätigkeit: <input type="radio"/> Klinik <input type="radio"/> Praxis <input type="radio"/> Andere:	

Ich melde mich verbindlich zu folgender Veranstaltung an (bitte ankreuzen):

51. Internationaler Seminarkongress	Teilnahmegebühr bei Anmeldung bis 12.08.19	Teilnahmegebühr bei Anmeldung ab 13.08.19
Seminarwoche 25.08.2019 – 30.08.2019	<input type="radio"/> 300,- € <input type="radio"/> 110,- € Medizinstudent/-in	<input type="radio"/> 350,- € <input type="radio"/> 115,- € Medizinstudent/-in
Tageskarte am _____	<input type="radio"/> 100,- €	<input type="radio"/> 115,- €
Zusatzkurs: Notfall in der Praxis 26.08. – 30.08.2019 (Buchung nur mit der Seminarwoche)	<input type="radio"/> 70,- €	<input type="radio"/> 70,- €
Zusatzkurs: Balintgruppe 27.08. + 29.08.2019 (Buchung nur mit der Seminarwoche)	<input type="radio"/> 50,- €	<input type="radio"/> 50,- €
Zusatzkurs: Power Aging 26.08. – 30.08.2019 (Buchung unabhängig möglich)	<input type="radio"/> 50,- €	<input type="radio"/> 50,- €
Festliches Abendessen: 28.08.19 für _____ Personen	<input type="radio"/> 40,- € pro Person	<input type="radio"/> 48,- € pro Person

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Landesärztekammer Hessen für die Teilnahme an Veranstaltungen habe ich gelesen und akzeptiert.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich die Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen kann. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, jedoch nicht vor Vertragsschluss und auch nicht vor Erfüllung der Informationspflichten des Veranstalters. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die Landesärztekammer Hessen, Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung.

Ort, Datum

Unterschrift