


Bitte bis spätestens 7 Tage vor Schulungstermin zurücksenden.
Telefonische Rückfragen unter: 02203 5756 3344 oder 0

Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF)
 (02203) 5756-7013

Ich möchte an dem Fortbildungsprogramm "**Hautkrebs-Screening**" teilnehmen und melde mich **verbindlich** für die nachfolgende Fortbildung an (Bitte ausfüllen):

Termin	Schulungsort*	Referent(en)
0	<i>Die genaue Anschrift wird Ihnen mit dem Bestätigungsfax mitgeteilt.</i>	1 Hausarzt, 1 Dermatologe

Anmeldedaten:

Praxisadresse:

Privatadresse:

Name des
Arztes:

.....
Titel, Vorname

.....
Name

E-Mail-
Adresse:

.....

Straße:

.....
PLZ und Ort:

Telefon
(mit Vorwahl)

.....
Telefax:

Kontonummer:

.....
Bankinstitut:

Bankleitzahl:

.....
Konto-
Inhaber:

Wichtige Hinweise:

- **An- und Abmeldungen zu den Fortbildungen müssen schriftlich erfolgen.**
- Um den administrativen Aufwand für Sie so gering wie möglich zu halten, bitten wir mit Ihrer Unterschrift das **Lastschrift-einzugsverfahren** für die Fortbildung "**Hautkrebs-Screening**" zu bestätigen. Bitte tätigen Sie keine Überweisungen. Falls das genannte Konto keine Deckung aufweist, obliegt es dem Kontoinhaber für ausgleichende Deckung Sorge zu tragen.
- Mit der Überprüfung Ihrer Mitgliedschaft im Deutschen Hausärzteverband erklären Sie sich einverstanden.
- Nach Eingang Ihrer Fax-Anmeldung erhalten Sie umgehend von uns eine Information (per Fax) über die Registrierung. Anschließend (spätestens eine Woche vor der Schulung) erhalten Sie unsere Fax-Buchungsbestätigung mit genauen Angaben zum Veranstaltungsort. **Ihre Anmeldung wird erst durch unsere Fax-Buchungsbestätigung wirksam.**
- Ihre Absage muss vor Veranstaltungstermin erfolgen. Bis spätestens 10 Tage vor Veranstaltungsbeginn ist Gebühren-erstattung möglich. Bei nachträglichen Absagen Ihrerseits erfolgt keine Rückerstattung der Teilnahmegebühren.
- Das Schulungsmaterial vom Deutschen Ärzte-Verlag ist obligatorischer Bestandteil der Schulungen und wird den Teilnehmern zum Selbstkostenpreis ausgehändigt.

Teilnahme als:

- Mitglied im Deutschen Hausärzteverband
(Teilnahmegebühr (1 Arzt) 190 € inkl. gesetzl. MwSt. 19 %, inkl. TN-Unterlagen von 70 €)
- Nicht-Mitglied im Deutschen Hausärzteverband
(Teilnahmegebühr (1 Arzt) 250 € inkl. gesetzl. MwSt. 19 %, inkl. TN-Unterlagen von 70 €)

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel