

ANMELDUNG zum Kurs Spezielle Schmerztherapie 2012

Sächsische Landesärztekammer
Fortbildung - Frau Schmidt
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Per Fax an:
0351 8267-322

Hiermit melde ich mich verbindlich zum

Kurs zur Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ Teil 2 (40 Stunden) nach dem Kursbuch der Bundesärztekammer an :

O Teil 2 16.04. – 20.04.2012

Der Kurs findet im **Hörsaal des Bildungszentrums, Haus 33, Eingang B, 3. Etage des Städtischen Klinikums „St. Georg“ , Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig** statt.

Name : _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift und Telefon: _____

Dienstadresse und Telefon: _____

Rechnungsanschrift: _____

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt und schriftlich bestätigt. Die Teilnahmegebühr beträgt **360,00 EUR** für Teil 2 des Kurses und ist nach Erhalt der Zahlungsaufforderung bis zwei Wochen vor Beginn der Veranstaltung zu zahlen. Nach verbindlicher Anmeldung kann eine **Stornierung nur in schriftlicher Form** erfolgen. Bis **14 Tage** vor Veranstaltungsbeginn kann die Anmeldung **kostenfrei** storniert werden, bis **3 Tage** vor Veranstaltungsbeginn werden **50 % der Teilnahmegebühr** berechnet. Bei Absagen, die **später als 3 Tage** vor Beginn der Veranstaltung eingehen bzw. bei **Nichterscheinen** des Teilnehmers wird die **gesamte Teilnahmegebühr** fällig. Es kann bis zum Beginn der Veranstaltung ein geeigneter Ersatzteilnehmer benannt werden.

Arztstempel/Unterschrift

Ort/Datum