

**A N M E L D U N G** Kurs Suchtmedizinische Grundversorgung  
2012

**Sächsische Landesärztekammer**  
Referat Fortbildung - Frau Dobriwolski  
Schützenhöhe 16  
**01099 Dresden**

Rücksendung per Post bitte an  
nebenstehende Adresse oder per  
Fax: **0351 82 67-322**

Hiermit melde ich mich verbindlich für den Kurs zur Erlangung der Zusatzbezeichnung

**„Suchtmedizinische Grundversorgung“**

**19.04. – 21.04. 2012    Teil 1**  
**03.05. – 05.05. 2012    Teil 2**

in der **Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden** an.

Name : \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift und Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dienstadresse und Telefon: \_\_\_\_\_

Rechnungsanschrift: \_\_\_\_\_

Gebietsanerkennung (Facharzt für): \_\_\_\_\_

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt und schriftlich bestätigt. Die **Teilnahmegebühr beträgt 550,00 EUR und ist nach Erhalt der Zahlungsaufforderung** bis 14 Tage vor Kursbeginn zu zahlen. Nach verbindlicher Anmeldung kann eine **Stornierung nur in schriftlicher Form** erfolgen. Bis **14 Tage vor Kursbeginn** kann die Anmeldung **kostenfrei** storniert werden, bis **3 Tage vor Kursbeginn** werden **50% der Teilnahmegebühr** berechnet. Bei Absagen, die **später als 3 Tage** vor Kursbeginn eingehen bzw. bei **Nichterscheinen** des Teilnehmers wird die **gesamte Teilnahmegebühr** fällig. Es kann bis zum Beginn des Kurses ein geeigneter Ersatzteilnehmer benannt werden.

\_\_\_\_\_  
Arztstempel/Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum