

# ANMELDUNG

zu den Kursen Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin 2011

**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 Arbeitsmedizin

**B1**  **01.04. bis 08.04.2011**      **und B2**  **06.05. bis 13.05.2011**  
(einschließlich der jeweiligen Wochenenden)

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

Ich strebe den  **Facharzt für Arbeitsmedizin** / die  **Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin** an.  
(bitte zutreffendes ankreuzen)

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

Titel: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Arzt-Nr.: \_\_\_\_\_

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

Dienstadresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

Medizinisches Staatsexamen wann: \_\_\_\_\_

Approbation seit: \_\_\_\_\_ klinische Tätigkeit seit: \_\_\_\_\_

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt und schriftlich bestätigt. Die **Teilnahmegebühr beträgt je Kursteil 420,00 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