

A N M E L D U N G

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

C1 **02.09. – 09.09.2011** **und** **C2** **18.11. – 25.11.2011**
(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