

**A N M E L D U N G**  
zum Grundkurs Palliativmedizin 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

**Grundkurs zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ (40h)**

nach dem von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin entwickelten Bonner Curriculum an.

**Termin: 28.03. - 01.04. 2011**

**Ort:** Sächsische Landesärztekammer  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

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

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

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

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

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

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

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt und schriftlich bestätigt. Die **Teilnahmegebühr beträgt je Kursteil 340,00 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