

ANMELDUNG zum Refresherkurs Verkehrsmedizin

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

**Refresherkurs „Verkehrsmedizinische Begutachtung“
zum Thema „Begutachtung orthopädischer Erkrankungen“
am 16.10.2010 9.00 – 14.00 Uhr**

in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden an.

Name : _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____ Arzt-Nr.: _____

Wohnanschrift und Telefon: _____

Dienstadresse und Telefon: _____

Rechnungsanschrift (falls abweichend): _____

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt und schriftlich bestätigt. Die Teilnahmegebühr beträgt 48,00 EUR 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 **7 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.

Arztstempel/Unterschrift

Ort/Datum