

ANMELDUNG zum Kurs Verkehrsmedizinische Begutachtung

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 Qualifizierung „Verkehrsmedizinische Begutachtung“ - 16 Stunden Curriculum

am 25.03.2011 und 26.03.2011

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 136,00 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 **14 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. Es kann bis zum Beginn der Veranstaltung ein
geeigneter Ersatzteilnehmer benannt werden.

Arztstempel/Unterschrift

Ort/Datum