

A N M E L D U N G
zum EKG-Kurs 2012

Sächsische Landesärztekammer
Referat Fortbildung - Frau Schmidt
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Rücksendung per Post bitte an
nebenstehende Adresse oder per
Fax: **0351 8267-322**

Hiermit melde ich mich verbindlich für den

EKG-Kurs am 05.07. bis 07.07.2012

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

Name : _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____ Arzt-Nr. _____

Wohnanschrift und Telefon: _____

Dienstadresse und
Telefon: _____

Rechnungsanschrift: Privatanschrift Dienstanschrift

Gebietsanerkennung (Facharzt) für: _____

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt und schriftlich bestätigt. Die **Teilnahmegebühr beträgt 200,00 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