

**A N M E L D U N G**  
zum Kurs Notfallmedizin Dresden 2012

An die  
Sächsische Landesärztekammer  
Referat Fortbildung – Frau Treuter  
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

**Kompaktkurs Notfallmedizin (80 Stunden) vom 05.05. – 12.05.2012**

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

Bitte beachten Sie, dass laut Curriculum der Bundesärztekammer eine **18-monatige klinische Tätigkeit** als Zugangsvoraussetzung für diesen Kurs vorgeschrieben ist.

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

Titel: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Dienstadresse und Telefon: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

Approbation seit: \_\_\_\_\_ klinische Tätigkeit seit: \_\_\_\_\_

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt und schriftlich bestätigt. Die **Teilnahmegebühr beträgt 580,00 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