

ANMELDUNG Kurs Suchtmedizinische Grundversorgung

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 Kurs zur Erlangung der Zusatzbezeichnung

„Suchtmedizinische Grundversorgung“

03.03. – 05.03. 2011 Teil 1
17.03. – 19.03. 2011 Teil 2

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

Name : _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift und Telefon: _____

Dienstadresse und Telefon: _____

Rechnungsanschrift: _____

Gebietsanerkennung (Facharzt für): _____

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt und schriftlich bestätigt. Die **Teilnahmegebühr beträgt 550,00 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