

A N M E L D U N G
zum Kurs Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Sächsische Landesärztekammer
Referat Fortbildung - Frau Treuter
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

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

Hiermit melde ich mich verbindlich für den

Kurs zur Erlangung der Qualifikation

„Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter“ – 16 Stunden

am 28.10. und 29.10.2010

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

Name : _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____ Arzt-Nr. _____

Wohnanschrift: _____

Dienstadresse und
Telefon: _____

Rechnungsanschrift: _____

Gebietsanerkennung (Facharzt) für: _____

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 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.

Arztstempel/Unterschrift

Ort/Datum