

**Anmeldung für die Fortbildung  
„Abrechnung fachärztlicher Leistungen“**

**Sächsische Landesärztekammer**  
MFA Fortbildung  
Schützenhöhe 16  
**01099 Dresden**

**Fax: 0351 8267-377**

Hiermit melde ich mich verbindlich für den Kurs

**Abrechnungswesen für MFA (6 Std.)  
(Fachärztlicher Versorgungsbereich)**

**am 16.03.2022** von 14.00 – 19.00 Uhr

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

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

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Berufsabschluss: \_\_\_\_\_ SLÄK-Nr.: \_\_\_\_\_

Dienstadresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Die Anmeldung wird schriftlich bestätigt. Die Teilnahmegebühr beträgt **42,00 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 Werktagen** vor Veranstaltungsbeginn kann die Anmeldung **kostenfrei** storniert werden, bis **7 Werktagen** vor Veranstaltungsbeginn werden **50 % der Teilnahmegebühr** berechnet. Bei Absagen, die **später als 7 Werktagen** vor Beginn der Veranstaltung eingehen bzw. bei **Nichterscheinen** des Teilnehmers wird die **gesamte Teilnahmegebühr** fällig. Bei zu geringer Teilnehmerzahl kann der Kurs durch die SLÄK abgesagt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer