

Anmeldung für die Fortbildung Arzneimittelversorgung

Sächsische Landesärztekammer
MFA Fortbildung
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Fax: 0351 8267-377

Hiermit melde ich mich verbindlich für den Kurs

„Arzneimittelversorgung“ für Medizinische Fachangestellte (8 Std.)
(für Teilnehmer mit medizinischem Fachberuf* oder Fachfremde mit Nachweis** einer
mindestens viereinhalbjährigen Berufstätigkeit als MFA)

Termin: 13.11.2021 von 08.30 – 15.30 Uhr

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

Name: _____ Vorname: _____

Wohnanschrift: _____

E-Mail Adresse: _____

Berufsabschluss: _____ SLÄK-Nr.: _____
(bitte Berufsurkunde/Nachweis beifügen!)

Dienstadresse: _____

_____ Telefon: _____

Rechnungsanschrift: _____

* Medizinische Fachangestellte, Krankenschwestern, Gesundheits- und Krankenpfleger/ innen,
Notfallsanitäter/ innen, Physician Assistants, mit vorherigem med. Abschluss
** Vorlage einer Bescheinigung des Praxisinhabers

Es werden nur vollständig ausgefüllte Anmeldeformulare/Unterlagen bearbeitet!

Die Anmeldung wird schriftlich bestätigt. Die Teilnahmegebühr beträgt **60,00 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