

ANMELDEFORMULAR I 2. HALBJAHR

Bitte füllen Sie pro Veranstaltung ein Anmeldeformular aus!

Hiermit melde ich mich / uns zur folgenden Veranstaltung an:			Persönliche Angaben:	
Thema	Datum		Praxis:	
Datenschutz in der Arztpraxis - Görlitz	03.09.2025	<input type="checkbox"/>	Teilnehmerzahl:	
Drogenkonsum	10.09.2025	<input type="checkbox"/>	Teilnehmer: (Vor- und Nachnamen in Druckbuchstaben)	
Notfall in der Arztpraxis	17.09.2025	<input type="checkbox"/>		
Themenabend STI + Präanalytik	24.09.2025	<input type="checkbox"/>		
Datenschutz in der Arztpraxis - Zwickau	22.10.2025	<input type="checkbox"/>		
Abrechnung	29.10.2025	<input type="checkbox"/>		
Notfall in der Arztpraxis	12.11.2025	<input type="checkbox"/>	E-Mail-Adresse oder Faxnummer für Anmelde- bestätigung:	
Angaben zur Rechnungslegung:			Einverständniserklärung u. Unterschrift:	
<input type="checkbox"/> Rechnung an Praxis:	Praxisstempel		<p>Die Datenschutzhinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie bei den organisatorischen Hinweisen.</p> <p>Hiermit melde ich die oben genannte(n) Person(en) verbindlich zur gewählten Veranstaltung an. Die Anmeldung ist erst gültig, sobald ich eine Anmeldebestätigung auf dem oben gewählten Wege (E-Mail oder Fax) erhalten habe. Im Falle einer Absage ist der Veranstalter spätestens einen Tag vor der Veranstaltung zu informieren. Bei späterer Absage oder Nichterscheinen wird die volle Teilnahmegebühr fällig.</p>	
<input type="checkbox"/> Abweichende Rechnungsadresse:				
		Datum, Unterschrift Praxisinhaber/in:		