ANMELDUNG WARTELISTE

PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG (50 Std.)

Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IHF) e.V.

Bitte zurücksenden an Telefax: 02203 5756 7013

Veranstalter: Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IHF) e. V.,
Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, Telefon: 02203 5756-3344 / -0, www.ihf-fobi.de

Terminblock:	Ort:	Teilnahmegebühr pro Kurs:
24.05. – 26.05.2019 **28.06. – 30.06.2019**	**Köln**	Regulär: 950 € Reduziert: 890 €* (*für Mitglieder im Landesverband / Dt. Hausärzteverband)

Dies ist keine garantierte Anmeldung, Sie melden sich für eine Warteliste an. Bitte beachten Sie den weiteren Schriftverkehr bzgl. einer möglichen Teilnahme.

Anmeldedaten:

TEILNEHMER: (Titel, Vorname, Name)		☐ Frau ☐ Herr
ADRESSE:	☐ **PRAXIS**-ADRESSE Rechnungsadresse (Überweisung)	☐ **PRIVAT**-ADRESSE Rechnungsadresse (Überweisung)
PRAXISNAME:		
STRASSE:		
PLZ / ORT:		
TELEFON:		
TELEFAX:		
E-MAIL:		
BSNR: Betriebsstättennummer		gültig seit:
LANR/FG: Lebenslange Arztnummer		
EFN: Einheitliche Fortbildungsnummer		

Bitte ankreuzen:

☐ Kassenärztlich tätig ☐ Angestellter Arzt ☐ Arzt in Weiterbildung

☐ **Ich akzeptiere die AGB des IHF und bestätige verbindlich meine o. g. Angaben!**

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel

DATENSCHUTZ & ALLGEMEINE HINWEISE

Im Rahmen der Fortbildung verarbeiten wir von Ihnen personenbezogene Daten. Sie können der Zusendung solcher Informationen und Angebote jederzeit widersprechen. Weiterführende Informationen sowie die Kontaktdaten für einen Widerspruch finden Sie unter www.ihf-fobi.de/datenschutz

An- und Abmeldungen zu den Fortbildungen müssen schriftlich erfolgen. Anmeldungen werden erst durch unsere Buchungsbestätigung rechtlich wirksam. Bis spätestens 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn ist bei Absage eine Gebührenerstattung möglich. Diesen Hinweis und die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Fortbildungen des IHF unter www.ihf-fobi.de habe ich gelesen und erkenne diese hiermit an.