

FAX-Anmeldung



Institut für hausärztliche Fortbildung
im Deutschen Hausärzterverband (IhF)e.V.

☎ (02203) 5756-7013

Anmeldung zur mündlichen Abschlussprüfung Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®)

► Bitte benutzen Sie ein **Formular pro Teilnehmer/in** – vielen Dank ◀

TEILNEHMER/IN : (Titel, Vorname, Name)	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	MFA ID/Kundennummer :
GEBURTSDATUM :	<input type="text"/>	GEBURTSORT:
STR. / HAUSNR. :	<input type="text"/>	
PLZ / ORT :	<input type="text"/>	
E-MAIL :	<input type="text"/>	
BEMERKUNG : (z. B. bei Namens/- Adressänderungen)	<input type="text"/>	

PRAXISADRESSE:

PRAXISNAME :	<input type="text"/>
STR. / HAUSNR. :	<input type="text"/>
PLZ / ORT :	<input type="text"/>
TELEFON/ FAX :	<input type="text"/>
BSNR :	<input type="text"/>

Sehr geehrte/r Prüfungskandidat/in,

für Ihr Prüfungskolloquium wählen Sie bitte einen der auf der Homepage aufgeführten Termine aus.

Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie von uns eine Registrierbestätigung. In einem separaten Schreiben ca. sechs Wochen vor dem Prüftermin erhalten Sie per Post alle weiteren Informationen zum Prüfungsablauf, die genaue Uhrzeit und eine Rechnung über die Prüfungsgebühr.

Bitte beachten Sie, dass uns für den jeweiligen Termin nur begrenzte Kapazitäten zur Verfügung stehen. Die Vergabe der Termine erfolgt nach Reihenfolge des Eingangs. Fahrgemeinschaften können wir nur bei zeitgleichem Eingang der Anmeldungen berücksichtigen.

VERAH® ABSCHLUSSPRÜFUNG am in

LERNERFOLGSKONTROLLE am in

Die Lernerfolgskontrolle wird zurzeit nur zu ausgewählten Prüfterminen im Bundesland **Niedersachsen** über das IhF angeboten. Bitte informieren Sie sich über die Vorgehensweise in Ihrer Gegend auf www.verah.de bzw. bei Ihrer zuständigen Ärztekammer. Vielen Dank.

Ich habe mich über die Zulassungsvoraussetzungen zur Teilnahme an der Prüfung informiert
(s. www.verah.de > Abschlussprüfung und LEK > Fortbildungsordnung > §3).

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und bestätige verbindlich meine o. g. Angaben!

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

AGB's:

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des IhF (s. www.verah.de/agb)

Anmeldung über:

Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e. V.
Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, Telefon: 02203 5756 3333 (Mo. - Fr. 10-12 Uhr), Telefax: 02203 5756 7013
E-Mail: ihf@hausarztverband.de Internet: www.verah.de