FAX - Anmeldung (02203) 5756-7013

Antwortfax (Anmeldung) VERAH ® FORTBILDUNG



Beachten Sie bitte, dass nur eine begrenzte Anzahl an Plätzen in einem Kurs zur Verfügung steht.

	Nach Eingang und Prüfung Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine Registrierbestätigung an die private E-Mail-Adresse oder per Fax in die Praxis.																
	Ich melde mich verbindlich für das folgende Seminar an:																
Termin:	Seminarort:																
TEILNEHMER/IN:	Frau Herr																
VORNAME:																	
NAME:																	
PRIVATADRESSE:																	
PRAXISNAME:																	
STR./HAUSNR.:			BANKE	INZUGS	ERMÄ	CHTIG	UNG:										
PLZ / ORT:			KONTO	INHABI	ER.:												
TELEFON / FAX:			IBAN:														
BSNR:			BIC:														
MODUL:																	
BM-Besuchsmanagement	NM-Notfallmanagement			TM-Tec	hnikn	nanage	ment										
CM-Case Management	PVM-Präventionsmanagement			WM-W	undma	anagen	ent										
GM-Gesundheitsmanagement	PXM-Praxismanagement																
Durch meine Unterschrift akzeptiere ich die AGB des IHF für Teilnehmer/innen at Vertragsdatenmanagement der HÄVG Rechenzentrum GmbH abgebildet und dor aufweist, obliegt es dem Kontoinhaber für ausgleichende Deckung Sorge zu tragen	gegebenenfalls zur Anerkennung von Zuschlägen und Einzelleistungen im Rahi	hmen der	Hzv-Verträg	e verwendet.	Mit der Üt	perprüfung n	neiner Mitgl	eten Fortbi liedschaft	ldung/Fort erkläre ich	tbildungen mich durc	u von HzV-\ h meine Ur	Vertragsteili nterschrift e	aahmevorai nverstande	issetzunger n. Falls das	wird dies genannte I	automatisch Konto keine	im Deckung

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber/in Praxisstempel

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in