FAX-Anmeldung
(02203) 5756-7013

Antwortfax (Anmeldung) VERAH® Plus

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

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

Ich melde mich verbindlich für das folgende Seminar an:

Termin:		Seminarort:	

TEILNEHMER/IN : ☐Herr ☐ Frau **MFA ID/ Kundennummer:**

VORNAME :

NAME :

PRIVATADRESSE:

STR. / HAUSNR. :	
PLZ / ORT :	
EMAIL :	

PRAXISADRESSE

PRAXISNAME:	
STR. / HAUSNR. :	
PLZ / ORT:	
TELEFON/ FAX:	
BSNR:	

BANKEINZUGSERMÄCHTIGUNG:

KONTOINHABER:	
IBAN:	
BIC:	

Durch meine Unterschrift akzeptiere ich die AGB's des IhF für Teilnehmer/innen an VERAH® Fortbildungs-veranstaltungen. Die AGB's habe ich gelesen und bin mit dem Inhalt einverstanden. Bei erfolgreichem Abschluss der angemeldeten Fortbildung/Fortbildungen von HzV-Vertragsteilnahmevoraussetzungen wird dies automatisch im Vertragsdatenmanagement der HÄVG Rechenzentrum GmbH abgebildet und dort gegebenenfalls zur Anerkennung von Zuschlägen und Einzelleistungen im Rahmen der Hzv-Verträge verwendet.

Mit der Überprüfung meiner Mitgliedschaft erkläre ich mich durch meine Unterschrift einverstanden.
Falls das genannte Konto keine Deckung aufweist, obliegt es dem Kontoinhaber für ausgleichende Deckung Sorge zu tragen. Stornierungen müssen bis spätestens 4 Wochen vor Beginn der Fortbildung schriftlich eingegangen sein, ansonsten ist keine Erstattung möglich.

☐ **DEMENZ**
MITGLIEDER: 100,00 €
NICHTMITGLIEDER : 120,00 €
KOMBI-PREIS*, MITGLIEDER: 73,00 € NICHTMITGLIEDER: 86,00€

☐ **SCHMERZMANAGEMENT IN DER HAUSARZTPRAXIS**
MITGLIEDER: 120,00 €
NICHTMITGLIEDER : 144,00 €
KOMBI-PREIS*, MITGLIEDER: 82,00 € NICHTMITGLIEDER: 98,00 €

☐ **PALLIATIVE CARE** - HÄUSLICHE STERBEBEGLEITUNG
MITGLIEDER: 140,00 €
NICHTMITGLIEDER : 149,00 €
KOMBI-PREIS*, MITGLIEDER: 98,00 € NICHTMITGLIEDER: 117,00 €

☐ **WORKSHOP ULCUS CRURIS/DEKUBITUS**
MITGLIEDER: 120,00 €
NICHTMITGLIEDER : 144,00 €
KOMBI-PREIS*, MITGLIEDER: 82,00 € NICHTMITGLIEDER: 98,00 €

☐ **ARZNEIMITTELVERSORGUNG**
MITGLIEDER: 140,00 €
NICHTMITGLIEDER : 159,00 €

☐ **BURNOUT**
MITGLIEDER: 120,00 €
NICHTMITGLIEDER : 144,00 €
KOMBI-PREIS*, MITGLIEDER: 82,00 € NICHTMITGLIEDER: 98,00

☐ **BETREUUNG EINES PATIENTEN MIT HERZINSUFFIZIENZ**
MITGLIEDER: 120,00 €
NICHTMITGLIEDER : 144,00 €
KOMBI-PREIS*, MITGLIEDER: 82,00 € NICHTMITGLIEDER: 98,00 €

Ort, Datum

Unterschrift **Arbeitgeber/in /Praxisstempel**

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 Hausärzteverband (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@hausaerzteverband.de Internet: www.verah.de