

Anmeldeformular: Suchtmedizinische Grundversorgung

PER FAX: 040/ 45 03 79 31

MediConsult GmbH
Rothenbaumchaussee 91
20148 Hamburg

Ja, ich möchte mich mit diesem Schreiben verbindlich zur Teilnahme an dem geplanten Seminar anmelden.

Suchtmedizinische Grundversorgung	22. – 27. September 2012	<input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	--------------------------

Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Dr. med. <input type="checkbox"/>	anderer Titel:		
Nachname:		Vorname:			
Strasse:		PLZ / Ort:			
FÄ / FA <input type="checkbox"/> für:		seit:			
Tätig in:		<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Gem.-Praxis <input type="checkbox"/> Klinik			
Telefon:		Fax:	Mobil:		
e - mail:					

<u>Ich buche folgende Komponenten (bitte ankreuzen):</u>		
Teilnahme am Seminar „Suchtmedizinische Grundversorgung“ für niedergelassene Kolleginnen & Kollegen	<input type="checkbox"/>	€ 650,00
Teilnahme am Seminar „Suchtmedizinische Grundversorgung“ für Klinikärztinnen & Klinikärzte	<input type="checkbox"/>	€ 525,00

Inlandsüberweisung : MediConsult GmbH, Konto: 12 46 12 36 89, BLZ: 200 505 50, Hamburger Sparkasse
Auslandsüberweisung : MediConsult GmbH, IBAN-Nr.: DE72 200 505 50 1246123689, BIC (SWIFT): HASPDEHHXXX

Das Programm und weitere Informationen zur Anreise erhalten Sie, nach Zahlungseingang ca. 2-3 Wochen vor Kursbeginn. Bei Rücktritt von der Anmeldung 1 Monat vor Kursbeginn entstehen anteilige **Stornierungskosten** für den Kompaktkurs in Höhe von 150,00 €. Sofern Sie rechtzeitig einen Ersatzteilnehmer benennen, entfallen die Stornierungskosten.

Ort **Datum** **Unterschrift**