

## Anmeldeformular: „Spezielle Schmerztherapie“

**PER FAX: 040/ 45 03 79 31**

MediConsult GmbH  
Schlüterstraße 75  
20146 Hamburg

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

**80-Stunden-Kompaktseminar Spezielle Schmerztherapie**

**21. – 28.04.2012 auf Sylt**

Das Kompaktseminar ist mit entsprechendem Bescheid von der zuständigen Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannt worden. Für die erfolgreiche Teilnahme können 80 Fortbildungspunkte erlangt werden.

Frau  Herr  Dr. med.  anderer Titel: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

FÄ / FA  für: \_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_

Tätig in:  Praxis  Gem.-Praxis  Klinik

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

e - mail: \_\_\_\_\_

Wie haben Sie unser Angebot kennen gelernt:  Kollegen  Fachpresse  Mailing  Internet

sonstige: \_\_\_\_\_

Ich buche folgende Komponenten (bitte ankreuzen):

**Teilnahme am 80-Stunden-Kompaktseminar „Spezielle Schmerztherapie“**  
inkl. Seminarunterlagen und Kaffeepausen

€ 980,00

Der Gesamtbetrag in Höhe von € 980,00 wird von mir 6 Wochen vor Kursbeginn auf folgendes Konto überwiesen:

**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. 3 Wochen vor Kursbeginn. Bei Rücktritt von der Anmeldung 1 Monat vor Kursbeginn entstehen anteilige **Stornierungskosten** für den Kompaktkurs in Höhe von 90,00 €. Sofern Sie rechtzeitig einen Ersatzteilnehmer benennen, entfallen die Stornierungskosten.

Ort

Datum

Unterschrift