

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

06.11. – 13.11.2010 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):	Nov. 2010
Teilnahme am 80-Stunden-Kompaktseminar „Spezielle Schmerztherapie“ inkl. Seminarunterlagen und Kaffeepausen	<input type="checkbox"/> € 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