

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.

Palliativmedizin Weiterbildung	12.05. – 16.05.2012 auf Sylt	<input type="checkbox"/>
Palliativmedizin Modul I	05.05. – 09.05.2012 auf Sylt	<input type="checkbox"/>
Palliativmedizin Modul II	09.05. – 13.05.2012 auf Sylt	<input type="checkbox"/>
Palliativmedizin Modul III	13.05. – 17.05.2012 auf Sylt	<input type="checkbox"/>
Palliativmedizin Modul I	27.10. – 31.10.2012 auf Sylt	<input type="checkbox"/>
Palliativmedizin Modul II	31.10. – 04.11.2012 auf Sylt	<input type="checkbox"/>
Palliativmedizin Modul III	04.11. – 08.11.2012 auf Sylt	<input type="checkbox"/>

Die einzelnen Seminare sind mit entsprechendem Bescheid von der zuständigen Ärztekammer Schleswig-Holstein und den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin anerkannt worden.

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

Ich buche folgende Komponenten (bitte ankreuzen):	2012
Teilnahme am 40-Stunden-Palliativmedizin Weiterbildung inkl. Seminarunterlagen und Kaffeepausen	<input type="checkbox"/> € 755,00
Teilnahme am 40-Stunden-Palliativmedizin Aufbaukurs Modul I inkl. Seminarunterlagen und Kaffeepausen	<input type="checkbox"/> € 755,00
Teilnahme am 40-Stunden-Palliativmedizin Aufbaukurs Modul II inkl. Seminarunterlagen und Kaffeepausen	<input type="checkbox"/> € 755,00
Teilnahme am 40-Stunden-Palliativmedizin Aufbaukurs Modul III inkl. Seminarunterlagen und Kaffeepausen	<input type="checkbox"/> € 755,00

Der Gesamtbetrag in Höhe von € _____ 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