



Ärztekammer Niedersachsen
MFA-Fortbildung
Berliner Allee 20
30175 Hannover

Anmeldung

Kurstitel	Ort	Datum

Alle Hinweise zu Zahlungsfristen, Widerruf und Stornofristen entnehmen Sie bitte den beiliegenden AGBs.

Mir ist bekannt, das der komplette Schriftwechsel (Zusage, Bescheinigung, Quittung) nur an die hier angegebene Adresse erfolgt. Eine Adressänderung kann im Nachhinein nicht vorgenommen werden.

Es handelt sich um meine Privatadresse Dienstadresse. (Bitte ankreuzen)

wenn Dienstadresse -> Praxisname: _____

Straße: _____

Plz, Ort: _____

Teilnehmer: Name _____ Geb. Datum _____

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Ärztekammer Niedersachsen erkenne ich an.

Unterschrift Teilnehmer: _____

Einzugsermächtigung: Die Anmeldung ist nur gültig mit Unterschrift und Einzugsermächtigung.
Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Niedersachsen die fälligen Teilnahmegebühren für die von mir gewünschten Kurse einzuziehen. Der Einzug soll von folgendem Konto vorgenommen werden.

IBAN
Kontoinhaber/in