



ANMELDUNG

DATENSCHUTZ - JAHRESSCHULUNGEN 2019 für Praxisinhaber und Mitarbeiter

- ANMELDUNG per E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de
(bitte ausgefülltes Anmeldeformular als Anlage hinzufügen)
- ANMELDUNG per Fax: 46 12 22

Für folgende Schulung (bitte ankreuzen) melde ich mich/meine Mitarbeiter verbindlich an:

- Freitag, 18.10.2019, 14.30 – 17.00 Uhr**

Namen des Praxisinhabers/der Mitarbeiter bitte eintragen:

- _____
- _____
- _____
- _____

Ich erhalte ca. 1 Woche vor der Veranstaltung eine Anmeldebestätigung mit Kontodaten und überweise die Teilnehmergebühr VOR der Veranstaltung - € 49,00/Teilnehmer; € 129,00/Praxis (bis zu 3 Teilnehmer). Im Anschluß an die Veranstaltung erhalte ich eine Teilnehmerbescheinigung sowie vorbereitete Arbeitshilfen und Dokumentenvorlagen per Email zur Weiterverwendung.

Die Rechnung/Zahlungsaufforderung senden Sie bitte an:

Name des Arztes/der Praxis/des Mitarbeiters _____
Adresse der Praxis _____
Telefon + Fax _____
Email-Adresse _____

Hamburg, Datum

Unterschrift