

Fax-Anmeldung

Bitte senden Sie ein Formular pro Teilnehmer an Fax-Nr. 02203 / 5756-7013

17. Nordrheinischer Hausärztetag

am 16. und 17.03.2018 in Köln

in der KV Nordrhein, Bezirksstelle Köln, Sedanstraße 10 - 16, 50668 Köln, nehme ich teil.

| | | | | |
|--|--|--|-------------------------------|--------------------------------------|
| TEILNEHMER: Titel, Vorname, Name | | | <input type="checkbox"/> Frau | <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin |
| ADRESSE: | <input type="checkbox"/> PRAXIS-Adresse Rechnungsadresse (Überweisung) | <input type="checkbox"/> PRIVAT-Adresse (bei MFAs erforderlich) Rechnungsadresse (Überweisung) | <input type="checkbox"/> Herr | <input type="checkbox"/> MFA |
| PRAXISNAME: | | | | |
| STRASSE: | | | | |
| PLZ / ORT: | | | | |
| TELEFON: | | | | |
| TELEFAX: | | | | |
| E-MAIL: | | | | |
| BSNR: Betriebsstättennummer | | | gültig seit: | |
| LANR/FG: Lebens- lange Arztnummer | | | | |
| EFN: Einheitliche Fortbildungsnummer | | | | |

Seminar-Buchung/en: In den Teilnehmergebühren sind die gesetzl. MwSt., Pausenimbiss, Mittagsbuffet und Tagungsgetränke enthalten. Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie weitere Informationen und Ihre Rechnung. Bitte beachten Sie, dass Seminare bei Nichterreichen der Mindestteilnehmerzahl (8 TN) abgesagt werden können. MG = Mitgliedspreis*, N = Normalpreis.

****Preise/Rabattierungen für Tageskarten werden automatisch berechnet, sofern die Kurse nicht ausgeschlossen sind. Übersteigen die Gebühren den Preis der Einzelberechnung, wird Ihnen die Gebühr für eine 1-Tages- bzw. Hausärztetage-Karte in Rechnung gestellt. TIPP: Buchen Sie online, dann sehen Sie direkt den endgültigen Rechnungspreis und der Teilnehmerplatz ist sicher.**

| KURS-BUCHUNG/EN Freitag, 16.03.2018 | KURS-BUCHUNG/EN Samstag, 17.03.2018 | RABATTIERUNGEN 1-Tageskarte** | | |
|--|--|---|---------------|-----------------|
| Nachmittag (Kurs-Nr.): | Vormittag (Kurs-Nr.): | Preise für Hausärztetage-Karte (17.03.): | | |
| | Nachmittag (Kurs-Nr.): | Arzt: 180 EUR 160 EUR reduziert* | | |
| | | MFA: 130 EUR 115 EUR reduziert* | | |
| | | Kinderbetreuung: | Alter: | Uhrzeit: |
| | | Fr, 16.03. | | von: bis: |
| | | Sa, 17.03. | | von: bis: |

- Arzt/Ärztin in Weiterbildung:** 50% des Mitgliedspreises ► Bestätigung des Weiterbildungsverantwortlichen erforderlich.
 Medizinstudent/in: kostenfrei ► Nachweis erforderlich.

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des IHF und bestätige verbindlich meine o. g. Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift / Praxisstempel