



**PNEUMOLOGISCHE  
ASSISTENTIN**

Geschäftsstelle des VPAD  
c/o med info GmbH  
Hainenbachstraße 25  
89522 Heidenheim

**Anmeldung**  
per Fax an: 07321 9469130

Hiermit melde ich mich verbindlich zum folgenden Seminar  
mit den jeweiligen 5 Kursteilen an:

**„Pneumologische/r Assistent/in“**

- |                                  |                  |                                 |                      |
|----------------------------------|------------------|---------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> PA Kurs | <b>Teil A:</b>   | <b>11. – 13. September 2020</b> | <b>in Hildesheim</b> |
|                                  | <b>Teil BI:</b>  | <b>10. – 11. Oktober 2020</b>   | <b>in Frankfurt</b>  |
|                                  | <b>Teil CI:</b>  | <b>07. – 08. November 2020</b>  | <b>in Augsburg</b>   |
|                                  | <b>Teil BII:</b> | <b>05. – 06. Dezember 2020</b>  | <b>in Berlin</b>     |
|                                  | <b>Teil CII:</b> | <b>16. – 17. Januar 2021</b>    | <b>in Mainz</b>      |

**Eigenanteil pro Person** (für die gesamte Seminarreihe, bitte entsprechend ankreuzen):

- 2.850,00 €** für **VPAD-Mitglieder inkl. MwSt.**  
 **3.800,00 €** für **Nicht-Mitglieder inkl. MwSt.**

(Kosten für evtl. Übernachtung und Anreise trägt die Person/Praxis. Übernachtung und Anreise sind von der Person/Praxis zu organisieren.)

Bitte beachten Sie, dass zur Durchführung des Kurses eine Mindestteilnehmerzahl von 28 Personen erforderlich ist. Spätestens einen Monat vor Kursbeginn erhalten Sie Rückmeldung, ob die Mindestteilnehmerzahl erreicht wurde.

**Teilnehmer/in** (bitte die Rechnungsadresse angeben!):

Praxis: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Telefax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Nach der Anmeldung erhalten Sie eine Rechnung an die oben genannte Anschrift.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen zu haben und sie anzuerkennen. Die AGB können unter [www.med-info-gmbh.de](http://www.med-info-gmbh.de) abgerufen werden. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Kontaktdaten im Rahmen von vertraglichen Absprachen an Organisatoren und Sponsoren weitergeben werden. Selbstverständlich sind unsere Geschäftspartner und Sponsoren aufgefordert, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen einzuhalten. Ihre Daten, die Sie uns im Zusammenhang mit Ihrer Anmeldung zur Verfügung stellen, werden wir unter strenger Beachtung der Datenschutzvorschriften auf der Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. a) und b) verarbeiten. Sie haben das Recht auf Löschung, Berichtigung und Widerruf. Bzgl. Ihrer Rechte verweisen wir auf unsere umfängliche Datenschutzerklärung unter [www.med-info-gmbh.de](http://www.med-info-gmbh.de).