

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgender Fortbildung an:

Allergologische Assistenz

am 16. März 2024
in Augsburg

(Der genaue Veranstaltungsort wird noch bekannt gegeben.)

Kosten pro Person (bitte entsprechend ankreuzen):

- 360,00 € für VPAD-Mitglieder inkl. MwSt.**
 720,00 € für Nicht-Mitglieder inkl. MwSt.

Die Rechnung wird an die unten genannte Adresse gesendet. Bitte beachten Sie, dass zur Durchführung des Kurses eine Mindestteilnehmerzahl von 25 Personen erforderlich ist.

Leistungen: Seminarplatz inkl. Seminarunterlagen und Verpflegung während der Fortbildung. (Kosten für evtl. Übernachtung und Anreise trägt die Person/Praxis. Übernachtung und Anreise sind von der Person/Praxis zu organisieren.)

Teilnehmer/in

Praxis: _____

Vorname: _____

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

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

Ort, Datum: _____ Praxisstempel:

Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen zu haben und sie anzuerkennen. Diese können unter www.med-info-GmbH.de abgerufen werden.

Datenschutzhinweis: 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 umfangreiche Datenschutzerklärung unter www.med-info-gmbh.de. Wir behalten uns vor, die Veranstaltung aufgrund der Pandemie-Situation zu verschieben.