

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](http://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 umfängliche Datenschutzerklärung unter [www.med-info-gmbh.de](http://www.med-info-gmbh.de). Wir behalten uns vor, die Veranstaltung aufgrund der Pandemie-Situation zu verschieben.