

Sachbearbeiter: Herr Heller	<b>Bei gewünschter Teilnahme bitte ausgefüllt zurücksenden an:</b> Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen Postfach 100740, 07707 Jena
<b>Eingabe:</b>	
<b>KPB am:</b>	
<b>Deb.-Nr.:</b>	

(Nur vom zuständigen Sachbearbeiter auszufüllen)

(Kursplatzvergabe erfolgt nach Eingang des Formulars)

**Verbindliche Anmeldung**  
**Ambulantes Operieren für Praxispersonal**  
**07.05.2010 – 30.10.2010 in Jena**  
**Kurskennzeichen: AmbOp110**

Praxis/Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr./E-Mail: \_\_\_\_\_

*Teilnehmer Name, Vorname:* \_\_\_\_\_

*Teilnehmer Name, Vorname:* \_\_\_\_\_

*Teilnehmer Name, Vorname:* \_\_\_\_\_

**Gebühr:** 500,00 € pro Teilnehmer      **Gesamtgebühr:** \_\_\_\_\_ €

**Fälligkeitstermin der Gebühr:** 28 Tage vor Kursbeginn (09.04.2010)  
 (bei freien Kapazitäten ist eine Anmeldung auch nach Ablauf des Fälligkeitstermins möglich)

**Abmeldebedingungen:**

**Abmeldungen haben stets schriftlich zu erfolgen.** Der Rücktritt bis zum Fälligkeitstermin ist kostenlos möglich. Bei Rücktritt eines Teilnehmers bis 10 Tage vor Kursbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 10,00 €, bei Rücktritt bis 5 Tage vor Kursbeginn in Höhe von 50 % der Gesamtgebühr erhoben. Eine Erstattung der Gesamtgebühr ist bei späterer Absage oder Nichterscheinen nicht mehr möglich.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Teilnehmers bzw. anmeldenden Arztes**

**Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich die Landesärztekammer Thüringen, die oben genannte Kursgebühr zum angegebenen Fälligkeitstermin zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

**Konto-Nr.:**       **BLZ:**

**Kontoinhaber:**

**bei Bankinstitut:**

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Die Landesärztekammer verpflichtet sich, die Gebühr **nicht vor dem Fälligkeitstermin abzubuchen.**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Kontoinhabers**