

Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich für den NRNW Medizin Update Kongress 2020 an:

(Bitte füllen Sie alle Felder aus)

Praxis / Unternehmen

Ansprechpartner

Teilnehmer:

Herr Frau Akad. Grad _____

Fachgebiet _____

Arzt/Apotheker in Ausbildung * / MFA / PTA / PKA

Arzt für Allgemeinmedizin / Facharzt / Sonstige

Niedergelassen Klinik / in Anstellung

Name

Vorname

Straße

PLZ / Ort

E-Mail

Mobilnummer

Mitglied NRNW, Mitgliedsnr. _____

Mitglied AGNNW, Mitgliedsnr. _____

Ich buche:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ticket Update 1 / DMP | Fr., 24.01.2020 Ärzte / Apotheker | 39,00 EUR * |
| <input type="checkbox"/> Ticket Notfallmedizin 1: | Fr., 24.01.2020 Ärzte | 55,00 EUR * |
| <input type="checkbox"/> Ticket Vermögensbildung: | Fr., 24.01.2020 Ärzte / Zahnärzte / Apotheker | 39,00 EUR * |
| <input type="checkbox"/> Ticket Update 2 (inkl. Impf): | Sa., 25.01.2020 Ärzte | 39,00 EUR * |
| <input type="checkbox"/> Ticket Notfallmedizin 2: | Sa., 25.01.2020 Ärzte | 55,00 EUR * |
| <input type="checkbox"/> Ticket DMP Manager/in: | Sa., 25.01.2020 MFA / PTA / Pflegepersonal | 39,00 EUR * |
| <input type="checkbox"/> Ticket Impf-Update: | Sa., 25.01.2020 Ärzte / Apotheker / MFA / PTA / Pflegepersonal | 25,00 EUR *
(nur bei Einzelbuchung) |

* Reduzierte Kursgebühr für Mitglieder der NRNW eG, der AGNNW, Arzt, Zahnarzt und Apotheker in Ausbildung
(bitte reichen Sie vorab eine Bestätigung Ihres Arbeitgebers ein)

Ihre Anmeldung ist verbindlich. Sie erhalten eine Rechnung, die als Bestätigung gilt. Alle Preise verstehen sich inkl. MwSt. Eine schriftliche Stornierung ist bis 28 Tage vor der Veranstaltung kostenfrei, danach ist eine Kostenerstattung nicht mehr möglich. Ersatzteilnehmer können gestellt werden. Da die Teilnehmeranzahl begrenzt ist, werden die Anmeldungen in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. Fortbildungspunkte werden bei der ÄKNO und bei der AKNR beantragt.

Wenn Sie noch Fragen haben dürfen Sie uns gerne unter der Telefonnummer 02150 794390-20 kontaktieren.

Stempel

Datum / Unterschrift