

4. DRESDNER FORTGESCHRITTENEN-KOLPOSKOPIEKURS AG CPC-zertifizierter Kurs mit Prüfung zum Kolposkopiediplom 01. und 02. März 2024 - Sächsische Landesärztekammer Dresden

ANMELDUNG

BERGERCONGRESS

Susanne Berger
Heubesstr. 11
40597 Düsseldorf

per Fax an: 0211 / 1585 4682
oder per E-Mail an:
sberger@bergercongress.de

Kursgebühren

- Ich bin Mitglied der AG-CPC
 Ich bin **kein** Mitglied der AG-CPC

Mitglied

der AG-CPC

Kein Mitglied

der AG-CPC

<input type="checkbox"/> Teilnahme am Fortgeschrittenenkurs 01.-02.03.2024	€ 360,00	€ 420,00
<input type="checkbox"/> Prüfungsteilnahme Kolposkopiediplom 02.03.2024	€ 80,00	€ 80,00*

*Die Teilnahme an der Prüfung zum Kolposkopiediplom ist an den Nachweis der Teilnahme an je einem Basis- und Fortgeschrittenenkurs gebunden, wobei der Fortgeschrittenenkurs dem Basiskurs in einem Abstand von mindestens 4 Monaten folgen muss. Die Prüfungsgebühr von € 80,00 muss aus organisatorischen Gründen vor Ort bar bezahlt werden. Sie erhalten eine Quittung vor Ort.

Anmeldeschluss ist der 21.02.2024. Danach nur noch Anmeldung vor Ort, Verfügbarkeit vorausgesetzt. Die Plätze sind begrenzt, die Registrierung erfolgt in der Reihenfolge des Eingangs.

Bei Stornierung der Teilnahme bis 12 Wochen vor Veranstaltung werden 80% der Teilnahmegebühren erstattet. Bei Stornierung der Teilnahme bis 6 Wochen vor Veranstaltung werden 50% der Teilnahmegebühren erstattet. Nach diesem Zeitpunkt ist keine Erstattung mehr möglich, es sein denn, Sie benennen uns bis zum 21.02.2024 eine Ersatzperson, die Ihre Anmeldung vollständig übernimmt. In diesem Fall wird für die Umschreibung der Unterlagen eine Bearbeitungsgebühr von 30,00 Euro berechnet. Sollten Sie bestimmte Wünsche bezüglich der Rechnungslegung haben, teilen Sie uns dies bitte bei Anmeldung mit. Den Preisen liegen die derzeitigen Tarife der Leistungsträger sowie die z. Zt. gültige MwSt. zugrunde. Änderungen, die sich unserer Einflussnahme entziehen, bleiben ausdrücklich vorbehalten.

Hiermit bitte ich Sie widerruflich, die von BERGERCONGRESS für mich bei Ihnen eingehenden Lastschriften zu Lasten meines Girokontos einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung, die Lastschrift einzulösen. Für den Fall der Nichteinlösung durch mangelnde Kontodeckung oder wegen fehlerhafter/unleserlicher Angaben zum Bankeinzug, verpflichte ich mich, die dadurch entstandenen Kosten in Höhe von 25,00 Euro zu erstatten. Die Anmeldung erfolgt mit dem vorliegenden Formular per Post, Fax oder eingescannt per E-Mail und ist verbindlich.

- Herr Frau Divers

Name, Titel

Vorname

Kreditinstitut

Institut/Praxis

BIC

Straße, Hausnummer

IBAN

PLZ / Ort

Kontoinhaber

Vorwahl, Telefon

E-Mail (gut lesbar)

Datum, Unterschrift