

Anmeldung zu Fortbildungen für das Praxisteam



AescuLaborHamburg
Institut der Labormedizin

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Veranstaltung an und senden das ausgefüllte Formular an Fax 040-33 44 11-99 69

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> H110928
80 Euro | <input type="checkbox"/> H111207
85 Euro | <input type="checkbox"/> H120418
65 Euro |
| <input type="checkbox"/> H111026
80 Euro | <input type="checkbox"/> H120111
80 Euro | <input type="checkbox"/> H120509
80 Euro |
| <input type="checkbox"/> H111109
65 Euro | <input type="checkbox"/> H120215
kostenfrei | <input type="checkbox"/> H120613
85 Euro |

Praxis:

Teilnehmer 1:

Teilnehmer 2:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift:

Hiermit ermächtige ich die MEDIVISION BETRIEBSGESELLSCHAFT MBH widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung der Teilnahmegebühr für die von mir ausgewählten Fortbildungen in Hamburg bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Kontonummer Bankleitzahl

Genau Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Für den Fall der Nichteinlösung durch mangelnde Kontodeckung verpflichte ich mich, der MEDIVISION BETRIEBSGESELLSCHAFT MBH die dadurch entstandenen Kosten zu erstatten. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Bis zwei Wochen vor der Veranstaltung besteht ein kostenfreies Rücktrittsrecht.

Ort, Datum

Unterschrift

(Praxis-) Stempel