

# Anmeldung zu Fortbildungen für Ärzte



**AescuLabor**Hamburg  
Institut der Labormedizin

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

**A110913**

**A120117**

**A120508**

**A111018**

**A120214**

**A120612**

**A111115**

**A120320**

kostenpflichtig 50,00 Euro

**A111206**

**A120417**

**A110924**

Praxis:

Teilnehmer:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift (Bitte nur für kostenpflichtige Veranstaltungen ausfüllen):**

Hiermit ermächtige ich die AescuLabor Hamburg GmbH 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

Genauere 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 AescuLabor Hamburg GmbH 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

# Anmeldung zu Fortbildungen für das Praxisteam



**AescuLabor**Hamburg  
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"/> <b>H110928</b><br>80 Euro | <input type="checkbox"/> <b>H111207</b><br>85 Euro    | <input type="checkbox"/> <b>H120418</b><br>65 Euro |
| <input type="checkbox"/> <b>H111026</b><br>80 Euro | <input type="checkbox"/> <b>H120111</b><br>80 Euro    | <input type="checkbox"/> <b>H120509</b><br>80 Euro |
| <input type="checkbox"/> <b>H111109</b><br>65 Euro | <input type="checkbox"/> <b>H120215</b><br>kostenfrei | <input type="checkbox"/> <b>H120613</b><br>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