

Anmeldung

Bitte per Post, Fax oder per Mail senden an:

MedConcept GmbH, Friedenstraße 58, 15366 Neuenhagen bei Berlin

info@medconcept.org, Fax: 03342-42689-40

Für die Veranstaltung

AGO-Zertifizierung „Diagnostik und Therapie in der onkologischen Gynäkologie“ – Herbst 2018

An den folgenden Terminen:

1. Seminar Fr/Sa, 14./15. September 2018

2. Seminar Fr/Sa, 9./10. November 2018

3. Seminar Fr/Sa, 30. November/1. Dezember 2018

Veranstaltungsort

H4 Hotel Kassel, Baumbachstraße 2, 34119 Kassel

Bitte maschinell oder in Druckschrift ausfüllen.

Dienstanschrift

Titel/Vorname/Name _____

Position _____

Praxis/Krankenhaus _____

Abteilung _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Tel.

Fax:

Tel./ Fax. _____

E-Mail _____

Privatanschrift

Straße _____

PLZ Ort _____

Weitere Angaben

- Ich bin Klinikärztin/-arzt
oder in Niederlassung angestellte/r Ärztin/Arzt. ^{1) 2)}
- Ich bin selbstständig niedergelassene/r Ärztin/ Arzt
- Sponsoring der Gebühren
von der Firma: _____

Ansprechpartner Sponsor _____

Tel. _____

Email _____

1) Zutreffendes bitte ankreuzen

2) Mit unten stehender Unterschrift bestätigen wir, dass die Teilnahme unseres Mitarbeiters an o.g. Veranstaltung ordnungsgemäß gemeldet worden ist. Wir genehmigen die Teilnahme unseres o.g. Mitarbeiters/unsere o.g. Mitarbeiterin an o.g. Veranstaltungszyklus inkl. der dabei vorgesehenen Übernachtungen.

Bitte senden Sie die Rechnung über die Teilnahmegebühr

- über 2.885 Euro zzgl. MwSt. (inkl. Übernachtung, Bewirtung an allen drei Seminarterminen)
- über 2.540 Euro zzgl. MwSt. (ohne Übernachtung/ Abendessen/ Frühstück an allen drei Seminarterminen)

an:

- Praxis/Krankenhaus
- Privatadresse

Organisatorische Hinweise/Teilnahmebedingungen

Um die Teilnahme an einem Zyklus sicherzustellen, bitten wir um frühzeitige Anmeldung. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Einganges berücksichtigt.

Teilnehmer können sich schriftlich per Post oder per Fax unter Verwendung dieses Formulars sowie online im Internet unter www.medconcept.org anmelden. Mit der Anmeldung erkennen die Teilnehmer die Teilnahmebedingungen verbindlich an.

Sofern es sich nicht um eine Kostenübernahme durch Dritte handelt, sind die Teilnahmegebühren im Voraus sofort nach Rechnungserhalt ohne Abzüge auf das in der Rechnung angegebene Konto zu überweisen. Die Übersendung der Rechnung gilt gleichzeitig als Reservierungsbestätigung. Erst mit vollständiger Begleichung der Rechnung besteht ein Anspruch auf Teilnahme.

Ein Rücktritt von der Anmeldung muss in schriftlicher Form per Post, per Fax oder per Email erfolgen und wird bis spätestens 21 Tage vor Beginn der ersten Veranstaltung eines Zyklus kostenfrei gewährt. Bei einem Rücktritt nach dieser Frist bis 10 Tage vor Beginn der ersten Veranstaltung eines Zyklus sind 50 % der Teilnahmegebühren zu bezahlen. Bei einer späteren Abmeldung, bei Nichterscheinen zu einer oder mehreren Veranstaltungen des Zyklus oder vorzeitigem Beenden der Teilnahme werden die vollen Teilnahmegebühren berechnet. Die Vertretung eines Teilnehmers durch eine Ersatzperson ist bis zum Beginn der ersten Veranstaltung eines Zyklus möglich.

Zur Erlangung des AGO-Zertifikates wird zum Abschluss des Zyklus eine TED-Abschlussprüfung durchgeführt. Der Teilnehmer hat das Recht zu einer einmaligen kostenlosen Nachprüfung im Rahmen der Prüfung des jeweils folgenden Zyklus.

Die Firma MedConcept GmbH behält sich vor, einzelne Veranstaltungen eines Zyklus oder den gesamten Zyklus zu verschieben oder abzusagen aus Gründen, die sie nicht selbst zu vertreten hat, wie z.B. Erkrankung mehrerer Referenten, höhere Gewalt, usw. Die Benachrichtigung der angemeldeten Teilnehmer über eine Verschiebung oder Absage erfolgt an die in der Anmeldung angegebene Adresse zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach Bekanntwerden derartiger Gründe bei der MedConcept GmbH. Bereits bezahlte Teilnahmegebühren werden bei einer Absage zurückerstattet. Weitergehende Ansprüche seitens der Teilnehmer, insbesondere Schadensersatzansprüche gleich welcher Art, sind ausgeschlossen.

Hiermit melde ich mich unter Anerkennung der oben stehenden Teilnahmebedingungen zu der o.g. Fortbildungsveranstaltung an.

[] Mit Setzen des Hakens erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir erhobenen Daten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit einer Nachricht an info@medconcept.org widerrufen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung unter www.medconcept.org/datenschutzerklaerung. **(Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um ein Pflichtfeld handelt!)**

[] Bitte informieren Sie mich künftig über weitere interessante Fortbildungsveranstaltungen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit einer Nachricht an info@medconcept.org widerrufen.

Ort/Datum

Unterschrift

Ort/Datum

Stempel/Name des Dienstherrn