

Bitte senden Sie diese Anmeldung ausgefüllt und unterschrieben an folgende Adresse oder:



RÜCKFAX: 089 / 57093-4398

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39

80687 München

<p>_____ Arztstempel</p> <p>LANR: BSNR:</p>

**ANMELDUNG ZUR FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG
Einführungsseminar „Diabetesschulung für Kinder und Jugendliche“**

Tag	Datum	Beginn/Ende	Standort	Räumlichkeiten
Freitag + Samstag	22.02. und 23.02.2019	14:00 – 18:30 09:00 – 16:00	München	KVB Elsenheimerstr. 39, 80687 München

Folgende Diabetesberaterin/-assistentin wird am oben genannten Termin ebenfalls teilnehmen: (Name, Berufsbezeichnung).....

Berufsbezeichnung	Name, Vorname

Wichtige Hinweise:

- **Mit Ihrer Unterschrift melden Sie sich und die genannte Diabetesberaterin/-assistentin verbindlich zum oben angekreuzten Seminar an.** Sie erhalten eine Anmeldebestätigung.
- Der **Kostenbeitrag** für diese Fortbildungsveranstaltung beträgt **200,00 EUR pro Person**. Dies schließt Seminarunterlagen und Bewirtung mit ein. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich auch damit einverstanden, dass der Kostenbeitrag von Ihrem Verrechnungskonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns abgebucht bzw. in Rechnung gestellt wird. Ein kostenloser Rücktritt von einem gebuchten Seminar – auch aus wichtigem oder besonderem Grund – muss schriftlich und bis spätestens **14 Tage vor Seminarbeginn** erfolgen. Bei einer späteren Stornierung oder Nichtteilnahme am Seminar wird der halbe Seminarbetrag berechnet.

*Mitglieder der Bayerischen Landesärztekammer oder der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychtherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erteilen ihr Einverständnis zur Weitergabe der erforderlichen Daten an die entsprechende Kammer zur Übermittlung der **Fortbildungspunkte**.*

.....
Datum

.....
Unterschrift
Arzt