

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Abteilung Qualitätssicherung
z. H. Frau Glaw
Bismarckallee 1 – 3
23795 Bad Segeberg



**Da die Teilnehmerzahl auf 12 begrenzt ist,
bitte schnellstmöglich zurücksenden!**

- gerne auch per Fax 04551/ 883 374

ANMELDEFORMULAR

TELEFONTRAINING FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

Hiermit melde ich meine Mitarbeiterin/-nen für das nachstehend gekennzeichnete Seminar in der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig Holstein, Bismarckallee 1 – 6, in Bad Segeberg an:

- 23. Mai und 30. Mai 2018
- 22. August und 29. August 2018
- 21. November und 28. November 2018
- Wir haben weiterhin Interesse, leider können wir aber an keinem der Termine teilnehmen.

Bitte die vollständigen Namen deutlich lesbar angeben, da diese für die Teilnahmebescheinigung benötigt werden:

.....

Wir bitten Sie höflich, die Seminargebühr in Höhe von € 95,00 pro Person erst nach Eingang der Anmeldebestätigung zu überweisen.



Abmeldungen können ebenfalls in schriftlicher Form bis 10 Tage vor Beginn der Veranstaltung bzw. im Krankheitsfall kostenlos erfolgen.
Bei Absage bis 3 Tage vor Seminarbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr/Ausfallentschädigung von 50 % der Seminargebühr fällig. Spätere Absagen oder Nichterscheinen erfordern die volle Seminargebühr.
Die Benennung von Ersatzpersonen ist in jedem Falle möglich.

.....
Ort/Datum

.....
Arztstempel und Unterschrift