

# ANTWORTFAX (ANMELDUNG)

Bitte bis spätestens 14 Tage vor Schulungstermin zurücksenden.  
(02203) 5756 – 7013



Institut für hausärztliche Fortbildung  
im Deutschen Hausärzterverband (IHF) e.V.

Seminarort

Ich melde mich verbindlich für das folgende Seminar an:

Kompaktseminar   
Einzelmodul/e: BM  CM  GM  NM  PVM  PXM  TM  WM

Termin/e

## Teilnehmerin

Vorname

Name

Straße

PLZ/Ort

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Anmerkungen:

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Ihf für Teilnehmer/-innen an **VERAH®** Fortbildungsveranstaltungen habe ich gelesen und bin mit dem Inhalt einverstanden. (obligatorische Angabe)

Bitte informieren Sie sich über die Zulassungsvoraussetzungen zur Teilnahme an der Prüfung unter:  
[www.verah.de](http://www.verah.de) >VERAH® -Curriculum: II Teilnahmevoraussetzungen

## Arztpraxis

LANR:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel.-Nr.:  Fax-Nr.:

E-Mail:

Mitarbeiter/in in einer Praxis eines Mitglieds im Deutschem Hausärzterverband  
(Teilnahmegebühr Kompaktseminar 1.537,48 € inkl. gesetzl. MwSt. 19%, inkl. TN-Unterlagen und Verpflegung)  
Preise für Einzelmodule siehe [www.verah.de](http://www.verah.de)

Mitarbeiter/in in einer Praxis eines Nicht-Mitglieds im Deutschem Hausärzterverband  
(Teilnahmegebühr Kompaktseminar 1.871,28 € inkl. gesetzl. MwSt. 19%, inkl. TN-Unterlagen und Verpflegung)  
Preise für Einzelmodule siehe [www.verah.de](http://www.verah.de)

## BANKEINZUGSERMÄCHTIGUNG

Kontoinhaber:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

## Hinweis:

Mit der Überprüfung meiner Mitgliedschaft erkläre ich mich einverstanden. Die Teilnahmegebühr wird in vollständiger Höhe 14 Tage vor dem Seminartermin abgebucht. Falls das genannte Konto keine Deckung aufweist, obliegt es dem Kontoinhaber für ausgleichende Deckung Sorge zu tragen. Absagen müssen bis spätestens 4 Wochen vor Beginn der Fortbildung schriftlich erfolgen, ansonsten ist keine Erstattung möglich.

Ort/Datum

Unterschrift Teilnehmerin

Ort/Datum

Unterschrift Arbeitgeber/Praxisstempel