



## ÄRZTEKAMMER BERLIN

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Ansprechpartner: Frau Zippel  
Telefon: 030 408 06-1209  
Telefax: 030 408 06 55-1209  
E-Mail: s.zippel@aekb.de

Ärztekammer Berlin  
Abt. Fortbildung/Qualitätssicherung  
Frau Zippel  
Friedrichstr. 16  
10969 Berlin

### Anmeldung zur Fortbildungsveranstaltung

#### „Sexuelle Gesundheit und Sexuell übertragbare Infektionen (STI)“

**Selbststudium** 29.05.2017 – 23.06.2017 und 26.06.2017 – 06.07.2017

**Präsenztage** 24.06.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr  
07.07.2017 von 14:30 bis 19:30 Uhr  
08.07.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr

**Teilnehmerentgelt** 700,00 €

Hiermit melde ich mich als Teilnehmer/ -in zu der o.g. Fortbildungsveranstaltung verbindlich an.

Bitte überweisen Sie das Teilnehmerentgelt mit dem Stichwort: **STI-17 und Ihrem Namen** auf das Konto der ÄKB: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE48 3006 0601 0001 1340 00, BIC (SWIFT-Code): DAAE DE DD

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr    (zutreffendes bitte ankreuzen)	
_____	_____
<b>Akad. Titel/ Vorname/ Name</b>	<b>Geburtstag</b>
_____	_____
<b>Straße, Hausnummer (privat)</b>	<b>Telefon (privat)</b>
_____	_____
<b>PLZ, Wohnort (privat)</b>	<b>E-Mail (privat)</b>
_____	_____
<b>Facharzt/ -in für... oder sonstige Berufsbezeichnung</b>	<b>aktuelle Haupttätigkeit</b>
_____	_____
<b>Name des Arbeitgebers bzw. Name der Praxis</b>	<b>Straße, Hausnummer (dienstlich)</b>
_____	_____
<b>Klinik/Institut/Medizinische Fachabteilung</b>	<b>PLZ, Ort (dienstlich)</b>
_____	_____
<b>Telefon (dienstlich)</b>	<b>E-Mail (dienstlich)</b>
_____	_____
Meine Korrespondenzadresse soll die: <input type="checkbox"/> <b>Wohnanschrift</b> <input type="checkbox"/> <b>Arbeitgeberanschrift</b> sein. (zutreffendes bitte ankreuzen)	

Die Kursplätze werden in der Reihenfolge des Eingangs der schriftlichen Anmeldung vergeben. Die Anmeldung ist verbindlich. Mit der Anmeldung zum genannten Kurs ist die Verpflichtung verbunden, das fällige Teilnehmerentgelt so rechtzeitig auf das genannte Konto zu überweisen, dass das Entgelt 14 Tage vor Kursbeginn gebucht ist.

Bei Rücktritt von der Kursanmeldung (bitte immer schriftlich) werden folgende Stornoentgelte geltend gemacht: 10 % des Teilnehmerentgelts bei Rücktritt 3 Wochen vor Kursbeginn (mindestens jedoch 25 €), 30 % des Teilnehmerentgelts bei Rücktritt 2 Wochen vor Kursbeginn. Bei Kursrücktritt innerhalb einer Frist von 7 Tagen vor Kursbeginn oder Nichterscheinen fällt das volle Teilnehmerentgelt an. Maßgebend für die Berechnung des Stornoentgelts ist der Eingang der Absage bei der o.g. Adresse. Wird seitens der Ärztekammer Berlin ein Kurs abgesagt, erhält der Teilnehmer unverzüglich Nachricht. Bereits gezahltes Teilnehmerentgelt wird in voller Höhe kostenfrei erstattet. Weitere Haftungsansprüche bestehen nicht.

**Datum:** .....

**Unterschrift:** .....