

Fax-Anmeldung

@ Tipp: Buchen Sie online unter www.ihf-fobi.de ► Bitte benutzen Sie ein **Formular pro Teilnehmer:**
Fax-Nr. 02203 / 5756-7013

Am **27. Hausärztetag Mecklenburg- Vorpommern am 27.11.2020 und 28.11.2020 in Rostock**
im **Radisson Blu Hotel, Lange Straße 40, 18055 Rostock**, nehme ich teil:

TEILNEHMER: Titel, Vorname, Name			<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin
			<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> MFA
ADRESSE:	<input type="checkbox"/> PRAXIS-Adresse Rechnungsadresse	<input type="checkbox"/> PRIVAT-Adresse (bei MFAs erforderlich) Rechnungsadresse		
PRAXISNAME:				
STRASSE:				
PLZ / ORT:				
TELEFON:				
TELEFAX:				
E-MAIL:				
BSNR: Betriebsstättennummer		gültig seit:		
LANR/FG: Lebens-lange Arztnummer		Geb.Datum:		

ZAHLUNG:	<input type="checkbox"/> LASTSCHRIFTEINZUG >>> Eine Teilnahme ist nur mit dieser Zahlungsart möglich!
INHABER:	
IBAN:	
BIC:	

Seminar-Buchung/en: In den Teilnehmergebühren sind die gesetzl. MwSt., Pausenimbiss, Mittagsbuffet und Tagungsgetränke enthalten. Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie weitere Informationen und Ihre Rechnung. Bitte beachten Sie, dass Seminare bei Nichterreichen der Mindestteilnehmerzahl (8 TN) abgesagt werden können. MG = Mitgliedspreis, N = Normalpreis. ****Preise/Rabattierungen für Tages-/Hausärztetage-Karten werden automatisch berechnet, sofern die Kurse nicht ausgeschlossen sind.**

KURS-BUCHUNG/EN Freitag, 27.11.2020	KURS-BUCHUNG/EN Samstag, 28.11.2020	PREISE Tages-/Kongresskarten:
Kurs-Nr.:	Vormittag (Kurs-Nr.):	Tageskarte Freitag (27.11.20): Arzt: 117,48 EUR N 92,23 EUR MG MFA: 83,75 EUR N 61,17 EUR MG
	Nachmittag (Kurs-Nr.):	Tageskarte Samstag (28.11.20): Arzt: 167,96 EUR N 142,72 EUR MG MFA: 106,80 EUR N 86,41 EUR MG
		Preise für Kongresskarte (27.-28.11.20): Arzt: 208,73 EUR N 183,49 EUR MG MFA: 137,86 EUR N 122,33 EUR MG

Sonderpreise (gelten nicht für die Kurs Nr. 100,190, 220)

- Arzt/Ärztin in Weiterbildung:** 50% des Normalpreises ► Bestätigung des Weiterbildungsverantwortlichen erforderlich.
- Medizinstudent/in:** kostenfrei (Nach Verfügbarkeit und Absprache) ► Studiennachweis erforderlich.

Ort / Datum

Unterschrift / Praxisstempel

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des IHF und bestätige verbindlich meine o. g. Angaben.