



Anmeldeformular REPETITORIUM INTENSIVMEDIZIN

MD HORIZONTE GmbH
Postfach 92 04 19
21134 Hamburg

PER FAX: 040 866 91 158

Ja, ich möchte mich mit diesem Schreiben verbindlich zur Teilnahme an der geplanten Veranstaltung anmelden.

REPETITORIUM INTENSIVMEDIZIN	12.10. – 18.10.2013 auf Sylt	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	-------------------------------------

Das Repetitorium ist von der zuständigen Ärztekammer Schleswig-Holstein als Fortbildung anerkannt worden. Für die erfolgreiche Teilnahme können **55 Fortbildungspunkte** (CME-Punkte) erlangt werden.

Name _____ Vorname _____ Titel _____
 Straße _____ PLZ/ Ort _____
 Tätig in: Praxis Gem.-Praxis Klinik Sonstiges _____
 Fachbereich _____
 Telefon _____ Telefax _____ Mobil _____
 E-Mail _____
 Repetitorium zur Prüfungsvorbereitung oder als Refresherkurs

Wie haben Sie uns und unser Angebot kennen gelernt: Kollegen Fachpresse Internet Flyer

Ich bin mit einer Weitergabe meiner Daten, z.B. zur Bildung von Fahrgemeinschaften oder zur Kontaktaufnahme mit anderen Teilnehmern in meinem Wohn-/Arbeitsort einverstanden: Ja Nein

Ich buche folgende Komponenten (bitte ankreuzen):

Teilnahme am REPETITORIUM INTENSIVMEDIZIN inklusive Seminarunterlagen und Pausengetränken	450,00 €	<input checked="" type="checkbox"/>
sieben Übernachtungen im 1-Zimmer-Appartement	645,00 €**	<input type="checkbox"/>
sieben Übernachtungen im 1-Zimmer-Appartement mit Begleitperson	695,00 €*	<input type="checkbox"/>
sieben Übernachtungen im 2-Zimmer-Appartement mit Begleitperson (ein Schlafzimmer & Schlafmöglichkeit im Wohnzimmer)	795,00 €*	<input type="checkbox"/>
sieben Übernachtungen im 3-Zimmer-Appartement (zwei separate Schlafzimmer) nur buchbar bei Nennung eines weiteren Teilnehmers	Preis pro Person 475,00 €*	<input type="checkbox"/>

Ich möchte mit _____ untergebracht werden.

* Preise unter Vorbehalt der Verfügbarkeit!!

Bitte beachten Sie, dass wir für die Vermittlung der Unterkünfte eine Servicepauschale von 10,- € berechnen.

Geschäftsbedingungen:

Der Gesamtbetrag ist nach dem auf der Rechnung ausgewiesenen Zahlungsziel fällig und wird von mir auf das Konto der MD HORIZONTE GmbH überwiesen.

Stornierungskosten bei Rücktritt von der Anmeldung: bis acht Wochen vor Kursbeginn 100,00 €, weniger als acht Wochen vor Kursbeginn 150,00 € und weniger als vier Wochen vor Kursbeginn 200,00 €. Bei Stornierungen weniger als zwei Wochen vor Veranstaltungsbeginn und bei Nicht-Anreise wird die gesamte Seminargebühr fällig.

Für die gebuchte Unterkunft müssen wir Ihnen laut den Vorgaben unseres Kooperationspartners bei Stornierung bis vier Wochen vor Seminarbeginn 80% des Preises berechnen. Bei späterer Stornierung wird die gesamte Summe berechnet.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____