



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

Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

Telefon: 02203 5756-3344

Telefax: 02203 5756-7013

eMail: ihf@hausarztverband.de

Internet: www.ihf-fobi.de

Fax-Anmeldung

Bitte senden Sie ein Formular pro Teilnehmer an Fax-Nr. 02203 / 5756-7013

Am **3. practica** ^{Oberhof}

vom **22. - 24.06.2017** in Oberhof

im TREFF Hotel Panorama, Dr.-Theodor-Neubauer-Straße 29, 98559 Oberhof nehme ich teil.

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

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.
Bitte geben Sie bei Buchung der Tages- und Kongresskarten unbedingt an, an welchen Kursen Sie verbindlich teilnehmen werden, da ansonsten keine Teilnehmerunterlagen und Teilnahmebescheinigungen ausgegeben werden können.

Kongresskarte* 22.-24.06.2017	Tageskarte* 22.o. 23.06.2017	Einzelbuchung* 22. o. 23. o. 24.06.2017
Arzt: 273 € MG/ 293 € N MFA: 215 € MG/ 235 € N	Arzt: 115 € MG/ 133 € N MFA: 88 € MG/ 98 € N	Arzt: 65 € MG / 78 € N MFA: 53 € MG/ 58 € N
22.06.2017 _____	22.06.2017 _____	22.06.2017 _____
23.06.2017 _____	23.06.2017 _____	23.06.2017 _____
24.06.2017 _____		24.06.2017 _____

***Sonderpreise** (gilt nicht für Kurs Nr. 200):

- Arzt/Ärztin in Weiterbildung:** 50% des Mitgliedspreises ► Bestätigung des Weiterbildungsverantwortlichen erforderlich.
 Medizinstudent/in: kostenfrei ► Nachweis erforderlich.

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des IHF und bestätige verbindlich meine o. g. Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift / Praxisstempel