

Anmeldeformular für Veranstaltungen der Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Brandenburg

Ich möchte mich für folgende Veranstaltung(en) anmelden:

Veranstaltung(en)

Datum

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Persönliche Daten

Titel _____

Name* _____

Vorname* _____

Straße, Nr.* _____

PLZ, Ort* _____

E-Mail* _____

Telefon _____

* Pflichtfeld

Abweichender Rechnungsempfänger?*

Ich zahle die Kursgebühr selbst.

Bitte senden Sie den Gebührenbescheid an folgende Anschrift:

Mit dem Absenden dieses Formulars melde ich mich für den oben genannten Kurs/ die oben genannten Kurse verbindlich an und akzeptiere die Teilnahmebedingungen für Fortbildungsveranstaltungen der Landesärztekammer Brandenburg. Diese sind unter <https://www.laekb.de/fb-teilnahmebedingungen> abrufbar bzw. einzusehen.*

Sie erhalten eine Bestätigung Ihrer Anmeldung per E-Mail.