

## (Fax-)Anmeldung: 06341/952650

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme an folgenden Kursen an (bitte ankreuzen):

Durchführung und Auswertung der Polysomnographie, Teilnahmegebühr: 430,00 €

- 0 15.04. 17.04.2016
- o 17.06. 19.06.2016
- 07.10. 09.10.2016
- o 18.11. 20.11.2016

Diagnostik und Therapie der Schlaf-Apnoe, Teilnahmegebühr: 360,00 €

0 04.11. - 05.11.2016

Praxis der Schlafmedizin, Teilnahmegebühr 120 € (wirtschaftliche und medizinische Leitung: Dr. Sonja Stuck, wir leiten Ihre Anmeldung weiter)

0 23.04.2016

## Bitte in Druckbuchstaben gut leserlich!

Vorname:		Name:	
Titel:			
Klinik / Praxis:			
Straße / Hausnummer:		PLZ / Ort:	
Telefon:	Fax:	Mobil:	
E-Mail:			
Ort:	Datum:	Unterschrift	
Falls abweichend bitte hier c	lie Rechnungsadr	esse:	
Ggf. Firma / Klinik:		ggf. zu Händen von:	
Vorname:	Name:		
Straße / Hausnummer:		Pl 7 / Ort	

## Allgemeine Informationen / Anmeldebedingungen:

Die Teilnahmegebühr beinhaltet die Kursunterlagen, Praxis-Workshops, Verpflegung und Getränke während der Veranstaltung und ggf. auch Abendveranstaltungen.

Die Anmeldung erfolgt online per Internet oder schriftlich mit diesem (Fax-)Formular und wird nach Eingang innerhalb weniger Tagen bestätig. Eine Rechnungsstellung erfolgt innerhalb von 3 Wochen, welche innerhalb von 2 Wochen nach Rechnungseingang beglichen werden muss. Damit ist Ihre Anmeldung für beide Seiten verbindlich. Stornierungen, die 10 Tage oder weniger, vor Beginn der Veranstaltung eingehen, müssen wir mit einer Bearbeitungsgebühr von 45,-- Euro berechnen, da uns bereits Kosten entstanden sind.

Die Mindestteilnehmerzahl pro Kurs liegt bei 20 Teilnehmern.

Für entstehende Kosten infolge kurzfristiger Absagen infolge zu geringer Teilnehmerzahl oder infolge kurzfristiger Erkrankung des Referenten können wir keine Haftung übernehmen. Bereits überwiesene Teilnehmergebühren werden erstattet.

E-Mail: ak.schlafmedizin@t-online.de -- www.ak-schlafmedizin.de Telefon: 06341/959598 Telefax: 06341/952650 mobil: 0160-4449523