



## 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\* \_\_\_\_\_

Tel.nr. \_\_\_\_\_

\* Pflichtfelder

**Abweichender Rechnungsempfänger? \***

Ich zahle die Kursgebühr selbst.

**ODER**

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> (Arzt/Fortbildung/Bestimmungen) bzw. einzusehen.\*

**Sie erhalten eine Bestätigung Ihrer Anmeldung per E-Mail.**