SEMINARANMELDUNG

Ich melde mich verbindlich zu folgendem Seminar bzw. folgender Veranstaltung an:

Pflichtfelder sind mit **\*** gekennzeichnet.

|  |
| --- |
| Seminar**\***  |
| Datum (von/bis)**\*** | Veranstaltungsort**\*** |
| Absolvierte Seminare |
| Familienname**\*** | Vorname**\*** |
| Titel | Geburtsdatum**\*** |
| ÖÄK-Nummer**\*** | Arztnummer |
| Fachgebiet **1**) **\*** |
| Wohnadresse**\***Straße, PLZ, Ort |  |
|  |
| Krankenanstalt*(mit Adresse)* |  |
|  |
| Praxis*(mit Adresse)* |  |
|  |
| E-Mail**\*** |
| Tel. Privat**\*** | Fax Privat |
| Tel. Praxis | Fax Praxis |
| Tel. Krankenanstalt | Webseite |

**1**) AM = Arzt für Allgemeinmedizin, (bitte angeben: angestellt/niedergelassen)

 FA = Facharzt für ...... (bitte angeben)

 TA = Turnusarzt

Ich erkläre mich mit den Teilnahme- bzw. Stornobedingungen gemäß der Ausbildungsrichtlinien einverstanden.

Den Teilnahmebeitrag überweise ich spätestens bis 3 Wochen vor Veranstaltungsbeginn.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

 **Ort, Datum Stempel/Unterschrift**

Bitte benützen Sie für jede Veranstaltung ein eigenes Formular und senden Sie Ihre Anmeldung(en) per Fax, E-Mail oder per Post an das Sekretariat der ÖNR, Frau Simone Paumann, 6391 Fieberbrunn, Bahnhofbichl 13.

Tel.: +43 5354-52120, Fax: +43 5354-5300-2731, Email: oenr@tirol.com