

Ärzttekammer Niedersachsen, ZVM

E-Mail: langeoog@aekn.de

Als Mitglied einer Ärztekammer notieren Sie Ihre
Einheitliche-Fortbildungs-Nummer bitte hier:

15-stellig

Anmeldung zur 22. Langeooger Woche der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie vom 11. bis 15. Mai 2026

Frau Herr

Titel Vorname Name _____

Dienststelle _____
(Bitte die Einrichtung und Dienstanschrift nur angeben bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber)

Straße _____

PLZ Ort _____

Geburtsdatum _____

E-Mail _____
(Benötigen wir für die Zusendung von Informationen zur Woche, bitte angeben)

Ich melde mich verbindlich an für (bitte ankreuzen):

nur Vorträge „Welten“

oder

Vorträge in Verbindung mit mind. 1 Seminar (bitte zusätzlich Ihr/e Wunschseminar/e ankreuzen)

oder

Seminar/Seminare ohne die Buchung der Vorträge (bitte Ihr/e Wunschseminar/e ankreuzen)

Seminare 09.00 – 10.30 Uhr

KV01 KV02 KV03 KV04 KV05 KV06 KV07 KV08

Seminare 11.00 – 12.30 Uhr

KM01 KM02 KM03 KM04 KM05 KM06 KM07 KM08
KM09

Alternative(n) bei ausgebuchtem Erstwunsch: _____

Ich bestätige meine verbindliche Anmeldung zu den von mir oben angekreuzten Veranstaltungen und akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für die Fortbildungswochen der Ärztekammer Niedersachsen. Die Organisatorischen Hinweise auf der Homepage der Ärztekammer Niedersachsen habe ich zur Kenntnis genommen. <https://www.aekn.de/aerzte/fortbildung/langeooger-fortbildungswochen>

SEPA-Lastschrift:

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Niedersachsen (Gläubiger-ID: DE25ZZZ00000076440), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer Niedersachsen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN: 22-stellig		BIC:
Name/Ort des Geldinstitutes:		Name des Kontoinhabers (wenn von oben abweichend):

Für den Fall der Kostenübernahme durch Ihren Arbeitgeber geben Sie bitte oben Ihre Dienststelle und -anschrift an. **Die gesamte schriftliche Korrespondenz hinsichtlich Anmeldeverfahren und Durchführung der Fortbildungswoche wird über die von Ihnen angegebene Adresse abgewickelt.**

Auch bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber ist die Erteilung des SEPA-Lastschriftmandates Voraussetzung für eine verbindliche Anmeldung.

Widerrufsbelehrung:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an:

Ärztchammer Niedersachsen
Zentrales Veranstaltungsmangement (ZVM)
Berliner Allee 20
30175 Hannover
E-Mail: langeoog@aeKn.de
Fax: 0511 - 3802 2299.

Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte den beigefügten Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Ärztekammer Niedersachsen für Fortbildungs- und Seminarveranstaltungen auf Langeoog.

Ermäßigte Gebühr z.B. bei Arbeitslosigkeit und Elternzeit:

Kann nur bei Vorlage der entsprechenden Bescheinigung mit der Anmeldung gewährt werden.

Seminar-/Reiserücktrittsversicherung:

Wir möchten Sie auf die Möglichkeit hinweisen, eine Seminarversicherung sowie eine Reiserücktrittsversicherung für Hotels und Mietobjekte abzuschließen. Unter dem Stichwort „Seminar-Versicherung“ / „Reiserücktritt“ finden Sie bei Interesse im Internet geeignete Angebote.