



ANMELDUNG

ZU FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN DER ÄRZTEKAMMER BERLIN FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE UND ARZTHELFER/INNEN

Hiermit melde ich

Name, Vorname

Geburtstag, -ort

Straße, Hausnummer

Telefon privat

PLZ, Wohnort

E-Mail privat

mich als Teilnehmer/in zu folgender Fortbildungsveranstaltung verbindlich an.

Veranstaltung	Termine	Kursentgelt
Grundkurs Digitalkompetenz 10 Kursstunden	6. November und 20. November 2019 jeweils 8:30 Uhr bis 12:30 Uhr	100,00 €

Der Anmeldung ist folgender Nachweis beigefügt:

Prüfungszeugnis Medizinische/r Fachangestellte/r, Arzthelfer/in **ODER** Abschluss in einem anderen medizinischen Fachberuf oder einem anderen Gesundheitsberuf **ODER** Nachweis über mindestens 2 Jahre Berufserfahrung in einem der vorgenannten Berufe

Es gelten die – umseitig abgedruckten – Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) für die Kursveranstaltungen der Ärztekammer Berlin im Bereich der Beruflichen Bildung der Medizinischen Fachangestellten. Diese habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiere sie.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

Kostenübernahme Arbeitgeber/in: Ich/Wir als Arbeitgeber/in verpflichten uns gegenüber der Ärztekammer Berlin zur Zahlung des vertraglich vereinbarten Kursentgelts, das ich/wir nach Rechnungslegung durch die Ärztekammer Berlin an die nachstehende Anschrift begleichen werde/n. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) für die Kursveranstaltungen der Ärztekammer Berlin im Bereich der Beruflichen Bildung der Medizinischen Fachangestellten habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen und akzeptiere/n sie.

Name, Vorname bzw. Praxis oder Klinik

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Name, Vorname bzw. Praxis oder Klinik

Telefon dienstlich / E-Mail dienstlich

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber/in

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber/in