



## Universitätsklinikum Heidelberg

Anmeldung

### 13. Heidelberger Tag der Allgemeinmedizin

09. Oktober 2010

Anmeldung bitte per Fax oder Post zurück an:  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Anne Nickel  
Voßstraße 2, Gebäude 37  
69115 Heidelberg  
Tel.: 06221 / 56 81 53  
Fax: 06221 / 56 19 72

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

in Praxis/Gemeinschaft: \_\_\_\_\_

HausärztIn      WeiterbildungsassistentIn      ArzthelferIn/MFA      Sonstiges

wenn Sonstiges: \_\_\_\_\_

Hiermit möchte ich mich zur o. a. Veranstaltung anmelden und an folgenden Workshops teilnehmen. Bitte tragen Sie die Nummer der Workshops in die Kästchen ein! Eine Bearbeitung ist nur möglich bei Angabe einer 2. Priorität.

	1. Priorität	2. Priorität
09:40 – 11:10		
11:30 – 13:00		
13:45 – 15:15		

Um Anmeldung wird bis **spätestens 05. September 2010** gebeten.  
Mit der Anmeldung verpflichten Sie sich, die Teilnahmegebühr spätestens 7 Tage nach Erhalt der Teilnahmebestätigung zu überweisen.

- Die Teilnahmegebühr von € 60,00 / € 35,00  
(ab 06. September: € 70,00 / € 45,00)
- Anmeldung zum Blockkurs (B 1) nur für Akademische Lehrpraxen

Universitätsklinikum Heidelberg  
Baden-Württembergische Bank  
BLZ: 600 501 01, Kontonr.: 742 150 04 29  
Zweck: D.10082870; BNR (unbedingt angeben)

Nach der Anmeldung erhalten Sie innerhalb von 14 Tagen eine Anmeldebestätigung mit einer Buchungsnummer (BNR). Die Teilnahmegebühr ist spätestens 7 Tage nach Erhalt Ihrer Anmeldebestätigung zu überweisen. Eine vollständige Erstattung der Gebühr kann nur erfolgen, wenn Sie Ihre Anmeldung bis zum Anmeldeschluss, also bis zum 05. September 2010, schriftlich stornieren. Bei Stornierungen ab dem 06. September 2010 sehen wir uns gezwungen, 50% der fälligen Teilnahmegebühr zur Deckung des organisatorischen Mehraufwands einzubehalten. Für Stornierungen ab dem 10. September 2010 kann eine Rückerstattung der Teilnahmegebühren nicht mehr erfolgen.

Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift