

Fax-Anmeldung (Fax 0221 – 57 92 96-296)



„Assistenz für Versorgung und Prävention“

Für Mitarbeiter in Arztpraxen und Pflegediensten

Datum: Montag, 21.05.2012 – Freitag, 25.05.2012

Ort: Hamburg

Hotel: Novotel Hamburg Alster

Lübecker Straße 3, 22087 Hamburg

Praxis: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Name der Teilnehmerin/ des Teilnehmers:

Stornobedingungen: Wenn Ihre Stornierung bis zu 30 Werktagen vor Veranstaltungsbeginn bei uns eingeht, ist dieses Dokument hinfällig. Andernfalls erlauben wir uns, eine Stornogebühr von 50 % zu erheben. Liegen zum Anmeldestichtag nicht ausreichend Anmeldungen vor, wird der Kurs abgesagt und die Teilnehmer werden entsprechend informiert. Anmeldestichtag ist Dienstag, der 01. Mai 2012.

Sonstiges:

Übernachtungen sind Selbstzahlerleistungen und daher nicht in der Teilnahmegebühr enthalten.

Ich habe Fragen zu diesem Angebot. Bitte rufen Sie mich unter angegebener Telefonnummer an!

Lastschrift (bitte unbedingt ausfüllen!)

Hiermit ermächtige ich die HCC Better Care GmbH widerruflich, die Teilnahmegebühr in Höhe von € 1.350,- zzgl. gesetzl. MwSt. einmalig von meinem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

Die Gebühr wird 14 Tage vor der Veranstaltung durch die HCC Better Care GmbH von Ihrem Konto abgebucht! Eine Rechnung wird Ihnen einige Tage vor Abbuchung mit der Post zugestellt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden _____

Ort, Datum

HCC Better Care GmbH
Barbarastr. 43
D-50996 Köln

Unterschrift

Tel. +49 (0)221-579 296-0
Fax +49 (0)221-579 296-296
info@hcc-bettercare.de
www.hcc-bettercare.de

Stempel

Geschäftsführer: Klaus Winkel
Amtsgericht Köln HRB 65031
USt.-Id.-Nr.: DE 263625059

Bankverbindungen:

Sparkasse KölnBonn
BLZ 370 501 98 - Konto 1901 986 032
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ 300 606 01 - Konto 0007 601 573