

Anmeldung per Fax an: +49 (0) 391 6202 9414

6. Berliner Intensivkurs Innere Medizin 28.10. – 02.11.2019

Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refresherkurs

Tagungsort

Tagungshotel Aquino
Hannoversche Strasse 5 B
10115 Berlin

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. med. G. Hintze
Prof. Dr. med. G. Gerken
Prof. Dr. med. H. Lehnert
Prof. Dr. med. N. Suttorp

Veranstalter

Medizinische Klinik I
Universitätsklinikum Lübeck
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck

Anerkennung

65 CME/CPD-Punkte (Kat. A) (beantragt)
Zertifiziert durch die LÄK Berlin

Anmeldung/Organisation: Frau Henze

Tel.: 0170 490 4675

Fax: 0391 6202 9414

E-Mail: intensivkurs-berlin@arcor.de (bitte bei Fragen per Mail kontaktieren)

Homepage: www.persberg-group.de

Kursgebühr

Teilnehmer	€ 620,00	
Mitglied DGIM/BDI *	€ - 40,00	
Frühbucherrabatt **	€ - 20,00	**bei Anmeldung bis 30.06.2019

inklusive Pausensnacks und Pausengetränke (kein Mittagstisch)

Skripte können eine Woche vor Kursbeginn im Login-Bereich der Homepage der Persberg Group heruntergeladen werden. Die Zugangsdaten werden 1 Woche vorher per Mail versandt.

Schicken Sie Ihre Anmeldung bitte per E-Mail, Fax oder Post an:

Persberg Group GmbH
Lilienweg 182
39118 Magdeburg

*Die Mitgliedschaft wird vom Veranstalter überprüft / wird keine Mitgliedsnummer angegeben wird automatisch der geltende Betrag berechnet
** Bei Anmeldung bis 30.06.2019

Anmeldung per Fax an: +49 (0) 391 6202 9414

bitte nur diese Seite faxen

6. Berliner Intensivkurs Innere Medizin 28.10. – 02.11.2019

****€ 20,00 Frühbucherrabatt bei Anmeldung bis 30.06.2018!**

Alle Gebühren verstehen sich inkl. gesetzl. MwSt.

Teilnahme am Kurs 19.11.- 24.11.2018

Hiermit melde ich mich **verbindlich** zum Intensivkurs an.

Ich **bin** Mitglied DGIM/BDI* Mitgliedsnr.: _____ Kursgebühr € 580,00**

Ich bin **nicht** Mitglied DGIM/ BDI Kursgebühr € 620,00**

Anmeldung erfolgt als Facharztprüfungsvorbereitung

Refresher

Anmeldung bitte in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen!

Frau/Herr Titel Vorname Nachname

Privatanschrift Straße

PLZ / Ort

Telefon (bitte Handy-Nr. eintragen)

E-Mail (bitte eintragen)

Klinik / Abteilung / Praxis

Datum / Unterschrift (mit Unterschrift erkläre ich mich mit den AGB's einverstanden)

Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie die Rechnung per Post an die angegebene Heimatadresse!
Auszug aus den AGB's: Die Anmeldung gilt mit Eingang der Rechnung als verbindlich. Eine kostenlose Stornierung ist bis 10.10.2019 möglich. Bei späterer Stornierung nur wenn der Platz weitervergeben werden kann 0%, sonst werden 20% und bei Nichterscheinen 100% der Kursgebühr fällig. Die Teilnahme ist zahlenmäßig begrenzt und erfolgt in der Reihenfolge des Eingangs der Anmeldung.

*Die Mitgliedschaft wird vom Veranstalter überprüft / wird keine Mitgliedsnummer angegeben wird automatisch der geltende Betrag berechnet
** Bei Anmeldung bis 30.06.2019