

ANMELDUNG

Praxis XY

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Regionalzentrum Trier
Abteilung Qualitätssicherung
Marina Benoev
Balduinstr. 10-14
54290 Trier

Fax: 0651 / 4603 - 171

**Seminar für medizinisch-technisches Personal in radiologisch tätigen Praxen
am 17. September 2010 (15.00 bis 18.00 Uhr)
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen Trier**

Folgende Mitarbeiter/innen aus meiner/unserer Praxis wird/werden an dem Seminar teilnehmen:

1. _____

2. _____

3. _____

Ich erteile mit meiner Unterschrift mein Einverständnis, dass mein Honorarkonto mit der Kursgebühr in Höhe von 30,- Euro pro Teilnehmer/in belastet wird.

Ich wünsche eine Rechnung

Mir/uns ist bekannt, dass dieser Betrag auch dann abgebucht wird, wenn trotz verbindlicher Anmeldung keine Teilnahme erfolgt.

Datum

Unterschrift/Vertragsarztstempel