

Echokardio-/Sonographie-Kurs Ersatz-Bescheinigung

Wenn Sie eine Ersatz-Teilnahmebescheinigung der Ärztekammer oder eine Ersatzbescheinigung der DEGUM benötigen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück,

per Fax an:

Registrierungs- und Tagungsbüro, MIFO e.K., Claudia Hooijmans:

Fax: +49 (0) 32 222 821 836

oder per Post an:

MIFO e.K., Claudia Hooijmans, Adolf-Hackenberg-Str. 26, D-81737 München

Telefon für Rückfragen: +49 (0) 89 - 402 679 80, E-MAIL: c.hooijmans@kardiowerkstatt.de

<p>Bitte beachten Sie, dass nur Ersatz-Bescheinigungen ab dem Jahr 2016 ausgestellt werden können.</p>

Hiermit bestelle ich kostenpflichtig folgende Bescheinigung:

- 1 Ersatz-Teilnahmebescheinigung der Ärztekammer zum Preis i.H.V. € 15,00
- 1 Ersatz-Bescheinigung der DEGUM inkl. DEGUM-Plakette zum Preis i.H.V. € 35,00

(Hinweis: die DEGUM berechnet für 1 Plakette € 20,00; alle genannten Preise inkl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer)

Anmeldung vom: _____

Rechnungsnummer: _____

Kursort:

- | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Berlin | <input type="checkbox"/> Bad Nauheim | <input type="checkbox"/> Hamburg | <input type="checkbox"/> Kassel | <input type="checkbox"/> Leipzig |
| <input type="checkbox"/> Lünen | <input type="checkbox"/> München | <input type="checkbox"/> Münster | <input type="checkbox"/> Osnabrück | |

Kursbezeichnung:

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grundkurs | <input type="checkbox"/> Aufbaukurs | <input type="checkbox"/> Abschlusskurs | <input type="checkbox"/> TEE-Kurs |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|

Daten der/des Teilnehmerin/s:

Titel: _____

Vorname, Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Datum/Unterschrift der/des Teilnehmerin/s