

## Fortbildung für das Praxisteam – Impfen in der Arztpraxis

**Termin** Mittwoch, 29. August 2018 | 14.30-18.00 Uhr  
**Ort** Crowne Plaza Hannover | Hinüberstr. 6 | 30175 Hannover  
**Kosten** 35 Euro pro Person inkl. Verpflegung in der Pause  
**Faxanmeldung** 0800.83 43 240 (kostenfrei)  
**Inhalte**

- Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO)
- Impfkalender
- Impfmanagement in der Praxis
- Impfstatus
- Krankheitsbilder und Impfungen

**Ausgebucht!!!**

**Referent** Remon Sperr | Firma SANOFI

**Meine Anmeldung für die Warteliste Faxanmeldung 0800.83 43 240 (kostenfrei)**

(Bitte vollständig und in Druckbuchstaben gut lesbar ausfüllen! Danke!)

1. Teilnehmer Titel Name, Vorname \_\_\_\_\_

2. Teilnehmer Titel Name, Vorname \_\_\_\_\_

3. Teilnehmer Titel Name, Vorname \_\_\_\_\_

4. Teilnehmer Titel Name, Vorname \_\_\_\_\_

### Rechnungsempfänger

Praxisanschrift  Privatanschrift

Praxisname \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon & Fax \_\_\_\_\_

Fax oder E-Mail-Adresse (Für die Anmeldebestätigung) \_\_\_\_\_

### DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG:

Ich willige ein, dass die hier angegebenen personenbezogenen Daten von der amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH gespeichert und für folgende Zwecke verarbeitet und genutzt werden: (1) für die Erstellung und den Versand von Veranstaltungseinladungen und Newslettern (postalisch, per Fax oder per E-Mail) und (2) für das Veranstaltungsmanagement (Teilnehmerlisten etc.) Hamburg. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

### ANMELDE- & STORNOBEDINGUNGEN

Bei schriftlicher Stornierung bis 30 Werktage vor der Veranstaltung wird eine Bearbeitungsgebühr von 20 Euro einbehalten. Danach ist eine Erstattung der Teilnahmegebühr nicht mehr möglich. Der Veranstalter behält sich das Recht vor, die Veranstaltung aus wichtigen Gründen bis 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn zu verschieben oder abzusagen. In dem Fall wird eine bereits entrichtete Teilnahmegebühr erstattet. Weitergehende Ansprüche sind ausgeschlossen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift, (Praxis-) Stempel \_\_\_\_\_