

## Anmeldung

Bitte per Post, Fax oder per Mail senden an:

**MedConcept GmbH, Friedenstraße 58, 15366 Neuenhagen bei Berlin**  
**info@medconcept.org, Fax: 03342-42689-40**

---

*Für die Veranstaltung*

**AGO-Zertifizierung „Onkologische Diagnostik und Therapie“ Bereich Gynäkologie**

*An den folgenden Terminen:*

- 1. Seminar Fr/Sa, 25./26. September 2015
- 2. Seminar Fr/Sa, 06./07. November 2015
- 3. Seminar Fr/Sa, 27./28. November 2015

*Veranstaltungsort*

**RAMADA Hotel Kassel City Centre, Baumbachstraße 2, 34119 Kassel**

---

*Bitte maschinell oder in Druckschrift ausfüllen.*

*Dienstanschrift*

Titel/Vorname/Name

Position

Praxis/Krankenhaus

Abteilung

Straße

PLZ Ort

Tel./ Fax.

Tel.

Fax:

Email

*Privatanschrift*

Straße

PLZ Ort

*Weitere Angaben*

- Ich bin Klinikärztin/-arzt  
oder in Niederlassung angestellte/r Ärztin/Arzt. <sup>1) 2)</sup>
- Ich bin selbstständig niedergelassene/r Ärztin/ Arzt<sup>1)</sup>
- Sponsoring der Gebühren  
von der Firma: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner Sponsor

Tel.

Email

1) Zutreffendes bitte ankreuzen

2) Mit unten stehender Unterschrift bestätigen wir, dass die Teilnahme unseres Mitarbeiters an o.g. Veranstaltung ordnungsgemäß gemeldet worden ist. Wir genehmigen die Teilnahme unseres o.g. Mitarbeiters/unserer o.g. Mitarbeiterin an o.g. Veranstaltungszyklus inkl. der dabei vorgesehenen Übernachtungen.

---

Bitte senden Sie die Rechnung über die Teilnahmegebühr

- über 2.885 Euro (inkl. Übernachtung, Bewirtung an allen drei Seminarterminen)  
 über 2.540 Euro (ohne Übernachtung/ Abendessen/ Frühstück an allen drei Seminarterminen)

an:

- Praxis/Krankenhaus  
 Privatadresse

---

### Organisatorische Hinweise/Teilnahmebedingungen

Um die Teilnahme an einem Zyklus sicherzustellen, bitten wir um frühzeitige Anmeldung. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Einganges berücksichtigt.

Teilnehmer können sich schriftlich per Post oder per Fax unter Verwendung dieses Formulars sowie online im Internet unter [www.medconcept.org](http://www.medconcept.org) anmelden. Mit der Anmeldung erkennen die Teilnehmer die Teilnahmebedingungen verbindlich an.

Sofern es sich nicht um ein Sponsoring handelt, sind die Teilnahmegebühren im Voraus sofort nach Rechnungserhalt ohne Abzüge auf das in der Rechnung angegebene Konto zu überweisen. Die Übersendung der Rechnung gilt gleichzeitig als Reservierungsbestätigung. Erst mit vollständiger Begleichung der Rechnung besteht ein Anspruch auf Teilnahme.

Ein Rücktritt von der Anmeldung muss in schriftlicher Form per Post, per Fax oder per Email erfolgen und wird bis spätestens 21 Tage vor Beginn der ersten Veranstaltung eines Zyklus kostenfrei gewährt. Bei einem Rücktritt nach dieser Frist bis 10 Tage vor Beginn der ersten Veranstaltung eines Zyklus sind 50 % der Teilnahmegebühren zu bezahlen. Bei einer späteren Abmeldung, bei Nichterscheinen zu einer oder mehreren Veranstaltungen des Zyklus oder vorzeitigem Beenden der Teilnahme werden die vollen Teilnahmegebühren berechnet. Die Vertretung eines Teilnehmers durch eine Ersatzperson ist bis zum Beginn der ersten Veranstaltung eines Zyklus möglich.

Zur Erlangung des AGO-Zertifikates wird zum Abschluss des Zyklus eine TED-Abschlussprüfung durchgeführt. Der Teilnehmer hat das Recht zu einer einmaligen kostenlosen Nachprüfung im Rahmen der Prüfung des jeweils folgenden Zyklus.

Die Firma MedConcept GmbH behält sich vor, einzelne Veranstaltungen eines Zyklus oder den gesamten Zyklus zu verschieben oder abzusagen aus Gründen, die sie nicht selbst zu vertreten hat, wie z.B. Erkrankung mehrerer Referenten, höhere Gewalt, usw. Die Benachrichtigung der angemeldeten Teilnehmer über eine Verschiebung oder Absage erfolgt an die in der Anmeldung angegebene Adresse zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach Bekanntwerden derartiger Gründe bei der MedConcept GmbH. Bereits bezahlte Teilnahmegebühren werden bei einer Absage zurückerstattet. Weitergehende Ansprüche seitens der Teilnehmer, insbesondere Schadensersatzansprüche gleich welcher Art, sind ausgeschlossen.

---

Hiermit melde ich mich unter Anerkennung der oben stehenden Teilnahmebedingungen zu der o.g. Fortbildungsveranstaltung an.

---

Ort/Datum

Unterschrift

---

Ort/Datum

Stempel/Name des Dienstherrn