

## Apothekerkammer Hamburg Anmeldung

**Bitte pro Anmeldeformular nur eine Person und Veranstaltung angeben!**

Einfach kopieren, ausfüllen und faxen an **(040) 41353377**

**Bereich** (bitte ankreuzen)

QMS

Fortbildung

Weiterbildung

Sonstige

**Veranstaltungstitel**

Einführungsseminar QMS in Apotheken 14. Zyklus

**Veranstaltungsnummer**

MA H 4377

**Datum**

11. und 12. Februar 2012, 09:00 Uhr bis 17:00 Uhr,  
(Veranstaltungsort wird mit Zusage bekanntgegeben)

**TeilnehmerIn**

Name:

Geburtsdatum:

ApothekerIn

Rechnungsanschrift:

PTA

PKA

Telefon:

E-Mail:

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Hiermit melde ich mich zu o.g. Veranstaltung verbindlich an. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Teilnahmebedingungen für die jeweilige Veranstaltung an.

Datum

Unterschrift

**Bankeinzug**

**optional!**

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften**

Hiermit ermächtige ich die Apothekerkammer Hamburg, die Teilnahmegebühr bei Fälligkeit von meinem

Konto Nr.:

BLZ:

Kreditinstitut:

Kontoinhaber:

einziehen.

Die Ermächtigung hat ausschließlich Gültigkeit für die o. g. Veranstaltung. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum

Unterschrift und ggf. Stempel des Kontoinhabers