

15-stellig	
------------	---

**Anmeldung zur 33. Woche der Notfallmedizin auf Langeoog  
29. August bis 5. September 2026**

Frau      Herr

Titel Vorname Name

Dienststelle

Bitte nur angeben bei einer Kostenübernahme durch den Arbeitgeber

Straße

(privat – dienstlich nur, wenn Dienststelle genannt)

PLZ Ort

Geburtsdatum

E-Mail

(wichtig, bitte angeben, benötigen wir für die Zusendung weiterer Informationen - stellen Sie bitte sicher, dass Sie jederzeit Zugriff auf Ihren E-Mail-Eingang haben)

Ich melde mich verbindlich an für (bitte ankreuzen):

**Kurs Notfallmedizin - 80 Stunden** nach dem Curriculum der Bundesärztekammer  
(Preis: 1050,00 € / ermäßiger Preis: 950,00 €)**Theorie der Notfallmedizin - 38 UE** aus dem Curriculum, inkl. Elearning-Modul, als allgemeine Fortbildungsveranstaltung (Preis: 460,00 € / ermäßiger Preis: 410,00 €)Ich melde mich verbindlich zu der von mir oben angekreuzten Veranstaltung an und akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für die Fortbildungswochen der Ärztekammer Niedersachsen. Die organisatorischen Hinweise auf der Homepage der Ärztekammer Niedersachsen habe ich zur Kenntnis genommen. <https://www.aekn.de/aerzte/fortbildung/langeooger-fortbildungswochen>**SEPA-Lastschrift:**

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Niedersachsen (Gläubiger-ID: DE25ZZ00000076440), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer Niedersachsen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN: 22-stellig	BIC:
Name/Ort des Geldinstitutes:	Name des Kontoinhabers (wenn von oben abweichend):

Für den Fall der Kostenübernahme durch Ihren Arbeitgeber geben Sie bitte oben Ihre Dienststelle und -anschrift an. Die gesamte schriftliche Korrespondenz hinsichtlich Anmeldeverfahren und Durchführung der Fortbildungswoche wird über die von Ihnen angegebene Adresse abgewickelt. Auch bei einer Kostenübernahme durch den Arbeitgeber ist die Erteilung des SEPA-Lastschriftmandates Voraussetzung für eine verbindliche Anmeldung.

**Widerrufsbelehrung:**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an die Ärztekammer Niedersachsen, Zentrales Veranstaltungsmanagement (ZVM), Berliner Allee 20, 30175 Hannover, E-Mail: [langeoog@aekn.de](mailto:langeoog@aekn.de), Fax: 0511-3802 2299. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte den beigefügten Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Ärztekammer Niedersachsen für Fortbildungs- und Seminarveranstaltungen auf Langeoog.

**Ermäßigte Gebühr z.B. bei Arbeitslosigkeit und Elternzeit:**

Kann nur bei Vorlage der entsprechenden Bescheinigung mit der Anmeldung gewährt werden.

**Seminar-/Reiserücktrittsversicherung:**

Wir möchten Sie auf die Möglichkeit hinweisen, eine Seminarversicherung sowie eine Reiserücktrittsversicherung für Hotels und Mietobjekte abzuschließen. Unter dem Stichwort „Seminar-Versicherung“ / „Reiserücktritt“ finden Sie bei Interesse im Internet geeignete Angebote.



Die Datenschutzerklärung der Ärztekammer Niedersachsen finden Sie online unter  
[www.aekn.de/datenschutz](http://www.aekn.de/datenschutz)