

Kostenübernahme Arbeitgeber:in

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin
für medizinisches Assistenzpersonal

Fortbildungsveranstaltung			
Termin			
Teilnehmer:in			
Vorname			
Name			
Geb.-Datum			
Arbeitgeber:in Praxis Klinik med. Einrichtung			
Straße			
PLZ Ort			
E-Mail		Telefon	

Ich/Wir verpflichten uns gegenüber der Ärztekammer Berlin zur Zahlung des zwischen dem/der Teilnehmer:in und der Ärztekammer Berlin vereinbarten Kursentgelts, das ich/wir nach Rechnungslegung durch die Ärztekammer Berlin an die nachstehende Anschrift begleichen werde/n. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) für die Kursveranstaltungen der Ärztekammer Berlin im Bereich der Beruflichen Bildung der Medizinischen Fachangestellten habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen und akzeptiere/n sie.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber:in

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber:in