

## Die passgenaue Terminvergabe

Für ein hohes Maß an Akzeptanz bei der  
Terminauswahl sorgen

SEMINAR NR. 463

Datum/Uhrzeit: 19.11.2020  
15:00 bis 19:00 Uhr

Ort: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-  
Lippe, Robert-Schimrigk-Str. 4-6,  
44141 Dortmund

Dozent(in): Andreas Schaupp  
Dipl.-Betriebswirt

Preis zzgl. MwSt: 170,00 € / Tln. - steuerlich absetzbar -

Weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite:

[www.kvwl-consult.de](http://www.kvwl-consult.de)

oder rufen Sie uns an: 0231-9432-3954

Nach Absprache bieten wir Ihnen ausgewählte Seminare als  
Inhouse-Seminare auch vor Ort an!

# A N M E L D U N G

Bitte Privatanschrift der Teilnehmer in Blockschrift eintragen - Danke !

1. \_\_\_\_\_  
Name/Vorname/Titel:

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort:

2. \_\_\_\_\_  
Name/Vorname/Titel:

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort:

3. \_\_\_\_\_  
Name/Vorname/Titel:

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort:

4. \_\_\_\_\_  
Name/Vorname/Titel:

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort:

Senden Sie dieses Formular an die Faxnummer:

**0231-9432-83959**

INFORMATION für den Rechnungsempfänger:

Nach erfolgtem Seminarbesuch erhalten Sie eine Rechnung,  
die innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt zu bezahlen ist.

Der Rechnungsempfänger erhält eine Buchungsbestätigung  
per Fax - sollten Sie eine Buchungsbestätigung per Briefpost  
wünschen, kreuzen Sie bitte dieses Feld an:

Rechnungsanschrift :      Praxisstempel oder Adresse bitte in Blockschrift :

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort:

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die auf der Internetseite:

[www.kvwl-consult.de](http://www.kvwl-consult.de)

veröffentlichten Teilnahme- und Zahlungsbedingungen der  
KVWL Consult GmbH und habe die dort veröffentlichte  
Information zur Erhebung der personenbezogenen Daten nach  
Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift: