

## Anmeldung zur Fortbildungsveranstaltung

### Berufsordnung und Patientenrechtegesetz Augsburg

---

Name, Vorname

Mitgliedsnummer

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Tel.

E-Mail

Hiermit melde ich mich verbindlich zu der Fortbildungsveranstaltung „Berufsordnung und Patientenrechtegesetz“ am Samstag, 9. Juli 2016, im Zeughaus, Zeughausplatz 4, 86150 Augsburg. Beginn 10.00 Uhr.

**Die Gebühr für die Veranstaltung beträgt 80,00 €.**

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eintreffens berücksichtigt.

Die Teilnahmebedingungen entnehmen Sie bitte der Rückseite.

---

Datum

Unterschrift

**Anliegend finden Sie auch das SEPA-Lastschriftmandat**, wenn Sie die Gebühr von Ihrem Konto abbuchen lassen möchten. Sollten Sie eine Abbuchung wünschen, so füllen Sie dieses bitte aus und senden es **postalisch im Original mit der Anmeldung oder innerhalb von 10 Werktagen** an uns zurück.

#### Bankdaten zur Überweisung

Kontoinhaber: PTK Bayern  
Bank: HypoVereinsbank  
IBAN: DE57700202700666809998  
BIC: HYVEDEMMXXX

An die PTK Bayern  
Fortbildung: **Berufsordnung Augsburg**  
Postfach 151506  
80049 München

---

**Teilnahmebedingungen:**

Sie erhalten von uns eine **Anmeldebestätigung** mit Rechnung. Wir bitten um Anmeldung bis spätestens Dienstag, 06. Juli 2016.

Bei Absage der Veranstaltung seitens der Kammer wird die Teilnahmegebühr voll zurückerstattet. Darüber hinausgehende Ansprüche bestehen nicht.

Erfolgt eine – wenn auch unverschuldete – Absage des Teilnehmers bis zum 18.06.2016, so wird für die **Stornierung** eine **Bearbeitungsgebühr i.H.v. 25,00 €** einbehalten. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt **keine** Rückvergütung der Teilnahmegebühr. Bitte geben Sie uns Ihren Rücktritt **schriftlich** bekannt.

Selbstverständlich ist die **Vertretung** eines angemeldeten Teilnehmers ohne zusätzliche Verwaltungskosten möglich.

Vorsorglich möchten wir darauf aufmerksam machen, dass wir uns eventuelle kleine Programmänderungen vorbehalten müssen.

Für die Veranstaltung können 5 Fortbildungspunkte angerechnet werden.

Fortbildungsbescheinigungen werden vor Ort ausgegeben.

**Bayerische Landeskammer  
der Psychologischen Psychotherapeuten  
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE96ZZZ00000816727  
Mandatsreferenz **wird separat mitgeteilt**

**SEPA-Lastschrift-Mandat**

Ich ermächtige die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, **einmalig** eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

**IBAN:** DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum Ort Unterschrift

**Bitte zurücksenden an:**

**PTK Bayern – Berufsordnung Augsburg  
Postfach 15 15 06  
80049 München**