

Bitte beachten Sie, dass die Erstattung der Teilnahmegebühr für die Tage der Weiterbildung des KW HH den Mitgliedern des Hausärztesverbandes Hamburg e.V. vorbehalten ist. Diese erfolgt ausschließlich nach Vorlage dieses Formulars inkl. Teilnahmebescheinigung des KW HH (nicht Rechnung!).
Mailen Sie Ihre Unterlagen gerne direkt an: info@haev-hamburg.de.



Hausärztesverband Hamburg e.V.
Nicole Bongard

Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Erstattung Teilnahmegebühr Tage der Weiterbildung KW HH

Hiermit bitte ich als Mitglied des Landesverbandes Hamburg um Erstattung der Teilnahmegebühr von 30 € für den __. Tag der Weiterbildung am KW HH auf folgendes Konto:

Name: _____

IBAN: DE__ ____ ____ ____ ____ ____

Die Teilnahmebestätigung liegt diesem Formular bei

HÄVG-ID: _____

Mir ist bekannt, dass die Erstattung den Mitgliedern des Hausärztesverbandes Hamburg e.V. vorbehalten ist und ausschließlich in Verbindung mit der Teilnahmebescheinigung (nicht der Rechnung) des KW HH erfolgen kann.

Datum, Unterschrift