

Anmeldung–Fortbildungen - Stichwort 4. Herbstkongress vom **03.10.25 – 05.10.25**

Bitte senden die **Anmeldung** eingescannt per E-Mail an fortbildung@bhaev.de
oder per Fax an **089 9542888-96**

oder per Post an:
**Hausärztliche Service- und
Wirtschaftsgesellschaft mbH (HSW)
Orleansstr. 6, 81669 München**

**Ihre Anmeldung:
FORTBILDUNGEN**

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Mitgliedschaft im Bayer. Hausärzteverband ja nein

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname/Name d. Kontoinhaber/In (falls abweichend)

E-Mail

Kreditinstitut

Telefon

BIC

PLZ/ Ort/ Straße

IBAN

Lastschrift-Einzelmandat

HSW-GmbH, Orleansstr. 6, 81669 München, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ZZZ00000646911, Mandatsreferenznummer: **FB Herbstkongress 2025**

Ich ermächtige die HSW GmbH, einmalig eine Zahlung von **570,00 € bzw. 920,00 €** inkl. gesetzl. MwSt. zzgl. eventuell entstehender Umbuchungs- bzw. Stornierungsgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Nach erfolgter Seminarzusage werden die Teilnahmegebühren innerhalb von 4 Wochen nach dem Kleinen Kongress auch bei Nichtteilnahme am Kurs ausschließlich über SEPA-Lastschriftmandat eingezogen! **Eine kostenfreie Stornierung ist bis zum 30.07.2025 möglich und muss schriftlich erfolgen.**

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HSW-GmbH 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.

Die Datenerhebung und -verarbeitung ist für die Durchführung des Vertrags erforderlich und beruht auf Artikel 6 Abs. 1 b) DSGVO. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Wenn ich keine Zusendung von Veranstaltungshinweisen der HSW GmbH mehr erhalten möchte, kann ich diese per E-Mail an fortbildung@bhaev.de oder per Fax an 089/127 39 27 99 abbestellen. Eine ausführliche Datenschutzunterrichtung finde ich unter www.hausaerzte-bayern.de.

Ich bin damit einverstanden, dass meine o.g. Daten an den Bayerischen Hausärzteverband e.V., Orleansstr. 6, 81669 München, den Deutschen Hausärzteverband e.V., die Wirtschaftsgesellschaft im Deutschen Hausärzteverband e.V., das IHF - Institut für hausärztliche Fortbildung e.V. und die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (jeweils Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln) weitergeleitet werden, damit ich über entsprechende Informationen und Angebote – auch per E-Mail – informiert werden kann. Der Zusendung solcher Informationen und Angebote kann ich jederzeit widersprechen und die übersandten Informationen jederzeit (per Fax, Brief oder E-Mail) gegenüber den genannten Institutionen abbestellen.

Die obenstehenden Hinweise und die Teilnahmebedingungen für Fortbildungen der HSW GmbH unter www.hausaerzte-bayern.de habe ich gelesen und erkenne diese hiermit an.

Datum

Stempel/Unterschrift des/der Kontoinhabers/-In

Bitte senden die **Anmeldung** eingescannt per E-Mail an **fortbildung@bhaev.de**
oder per Fax **089 9542888-96**

Ihre Anmeldung:
Übernachtung
Kloster Seon

oder per Post an:

Hausärztliche Service- und Wirtschaftsgesellschaft mbH (HSW)
Orleansstr. 6, 81669 München

Anmeldung – Übernachtung im Kloster Seon – Stichwort **4. Herbstkongress** vom **03.10.25 – 05.10.25**

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Titel, Vorname, Name

E-Mail

Tel.

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

- Ja, ich möchte im **Kloster Seon** übernachten und bin damit einverstanden, dass die HSW GmbH meine Kontaktdaten an das Kloster Seon weiterleitet.
Alles Weitere liegt in meinem Verantwortungsbereich.

Ich benötige.....

- ...ein **Einzelzimmer** mit Frühstück von Freitag, 03.10.2025 bis Sonntag, 05.10.2025 zu **109,00 €**/Person und Übernachtung
- ...ein **Doppelzimmer** mit 2x Frühstück (pro Tag) von Freitag, 03.10.2025 bis Sonntag, 05.10.2025 zu **159,00 €**/Zimmer und Übernachtung
- ...noch **für meine Begleitperson** _____ **Mittagessen/Abendessen wie folgt:**

hier bitte den Namen der Begleitperson eintragen

- | | | | | |
|-------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| am 03.10.25 | Mittagessen zu 40 € | <input type="checkbox"/> | Abendessen zu 35 € | <input type="checkbox"/> |
| am 04.10.25 | Mittagessen zu 40 € | <input type="checkbox"/> | Abendessen zu 35 € | <input type="checkbox"/> |
| am 05.10.25 | Mittagessen zu 40 € | <input type="checkbox"/> | | |

Bitte senden Sie mir eine Reservierungsbestätigung und alle wichtigen Informationen an meine o.g. E-Mail - Adresse.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel