

Die **Anmeldung** erbitten wir unter folgender Rückfaxnummer: **Fax 089/9542888 96**

oder per Post an:

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

Anmeldung und Anerkennung der Teilnahmebedingungen

Zur **HZV-Kompaktschulung** melde ich mich

**meine Mitarbeiterin/Innen**

bzw. **mich und meine Mitarbeiterin**

verbindlich an.

---

Kursnummer

Telefon / E-Mail

---

Titel, Vorname und Name des Praxisinhabers

LANR (des Praxisinhabers)

---

Vorname/Name der MFA 1:

---

Vorname/Name der MFA 2:

### Lastschrift-Einzelmandat

HSW-GmbH, Orleansstr. 6, 81669 München

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ZZZ00000646911

Mandatsreferenznummer: FB HZV-Kompaktschulung

Praxisinhaber/In ist Mitglied

Praxisinhaber/In ist Nichtmitglied

Ich ermächtige die HSW GmbH, einmalig eine Zahlung von 60,00/100,00 € inkl. 19% MwSt. pro Person von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. 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.

---

Titel, Vorname und Name des Kontoinhabers

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Kreditinstitut Name

BIC

---

IBAN

Die HSW GmbH erhebt und verarbeitet Ihre Daten zum Zweck der Organisation und Durchführung der Fortbildung sowie der Zusendung von Informationen und Angeboten.

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](mailto:fortbildung@bhaev.de) oder per Fax an 089/127 39 27 99 abbestellen. Eine ausführliche Datenschutzerklärung finde ich unter [www.hausaerzte-bayern.de](http://www.hausaerzte-bayern.de).

Ich bin damit einverstanden, dass meine o.g. Daten an den Bayerischen Hausärzterverband e.V., Orleansstr. 6, 81669 München, den Deutschen Hausärzterverband e.V., die Wirtschaftsgesellschaft im Deutschen Hausärzterverband 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 oben stehenden Hinweise und die Teilnahmebedingungen für Fortbildungen der HSW GmbH unter [www.hausaerzte-bayern.de](http://www.hausaerzte-bayern.de) habe ich gelesen und erkenne diese hiermit an.

---

Datum

Stempel/Unterschrift des/der Kontoinhabers/In