

# Praxisorganisationsmanagement

Machen Sie sich über unser Studi-Programm fit für anspruchsvolle Managementaufgaben!

Verbindliche Buchung zum Preis von 799,- € netto

Preis pro Person und zzgl. gesetzl. MwSt.

QM-Kompakt	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Entwicklung von Qualitätszielen	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Gesetze-Kompakt	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Einzel- und Teamgespräche in der Führung	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Schlüsselrolle Erstkraft - Einstieg	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
BWL Modul 1 - Einstieg	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Marketing Modul 1 - Praxisleitbild	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Konfliktlösungen im Praxisalltag	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Praxissoftware	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)

**Noch Fragen?** Telefon: 0951 9335-157 / E-Mail: akademie@medatixx.de

**Verbindliche Buchung per Fax an 089 1250 4015 301**

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Praxisname \_\_\_\_\_

Teilnehmer Vor- / Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer (Rechnungsempfänger) \_\_\_\_\_

PLZ, Ort (Rechnungsempfänger) \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse (Teilnehmer) \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse (Rechnungsempfänger) \_\_\_\_\_

Praxisstempel und Unterschrift