

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 (ca. 60 Min.)	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Ziele planen mit Kennzahlen (ca. 30 Min.)	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Gesetze-Kompakt (ca. 120 Min.)	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 (ca. 60 Min.)	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Schlüsselrolle Erstkraft - Einstieg (ca. 70 Min.)	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Betriebswirtschaft Arztpraxis - Einstieg (ca. 80 Min.)	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Marketing Modul 1 - Praxisleitbild (ca. 60 Min.)	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Konfliktlösungen im Praxisalltag (ca. 70 Min.)	am	<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Jahr	Bitte Wunschtermin eintragen (Vorlaufzeit fünf Werktage)
Praxissoftware (ca. 45 Min.)	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