ANMELDUNG

Fachberater/in Wundversorgung in der Apotheke

APOTHEKEN MANAGEMENT INSTITUT
Oberstr. 21
65399 Kiedrich
T 06123 - 79 499 40
F 06123 - 79 499 42
office@apothekenzukunft.de
www.apothekenzukunft .de

Name: _____

Vorname: _____

ADRESSE privat (freiwillig bei Anmeldung über Apotheke)

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

ADRESSE Apotheke (freiwillig bei privater Anmeldung)

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Berufliche Qualifikation:

☐ Apotheker/in ☐ PTA ☐ PKA ☐ _____

(bitte ankreuzen)

Gewünschter Fortbildungsbeginn:

_____ - _____

(Monat) (Jahr)

GEBÜHREN:

Die Gesamtkursgebühr beträgt **250,00 Euro zzgl. 47,50 Euro MwSt.** (297,50 Euro brutto). Die Kursgebühr wird mit Beginn der Fortbildung fällig.

Gläubiger ID: DE16ZZZ00001872072

Die Zahlung erfolg durch **SEPA-Fälligkeitslastschrift:**

Ich, _____ , bzw.

die, _____-Apotheke ermächtige/ermächtigt die Apotheken Management Institut GmbH & Co. KG, die Kursgebühren vom aufgeführten Bank- oder Postbankkonto einzuziehen:

Kontoinhaber: _____

Bankinstitut, Ort: _____

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

IBAN: _

Ort: _____ Datum: _____

_____

Unterschrift (Vor- & Nachname Kontoinhaber)

Über die steuerlich abzugsfähigen Rechnungsbeträge wird dem Zahler eine entsprechende Kostenbescheinigung ausgestellt.

Voucher: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

WIDERRUFSRECHT

Sie haben das Recht, binnen 14 Tagen nachdem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter das Fernlehrmaterial erhalten hat, ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns mittels einer eindeutigen Erklärung über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, postalisch (AMI – Apotheken Management Institut GmbH & Co. KG, Oberstr. 21, 65399 Kiedrich), via Fax (06123 - 79 499 42) oder E-Mail (office@apothekenzukunft.de) informieren. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechtes vor Ablauf der Widerrufsfrist stellen.

FOLGEN DES WIDERRUFS

Widerrufen Sie diesen Vertrag, haben wir alle Ihnen bislang entstandenen Kosten binnen 14 Tagen ab dem Tag, an dem wir die Mittei-lung über Ihren Wi-derruf erhalten haben, zurückzuzahlen. Für die Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben. Wir können die Rückzahlung verweigern, bis wir das Fernlehrmaterial wieder zurückerhalten haben, bzw. Sie einen entsprechenden Nachweis über die Rücksendung erbringen.

Die Belehrung über mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

_____

Unterschrift (Vor- & Nachname)

☐ Ich interessiere mich für das freiwillige Prüfungsvorbereitungsseminar. Bitte lassen Sie mir hierzu weitere Informationen zukommen (bitte ankreuzen falls gewünscht).

☐ Hiermit melde ich mich verbindlich zur Fortbilung Fachberater/in in der Wundversorgung an. Die vorgenden Vertragsbedingungen und die allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift (Vor- & Nachname)

DRACO®