☐ für externe Teilnehmer☐ für Mitarbeiter mK (ohne Kostenerstattung und Dienstbefreiung)



Es gelten die im Internet ersichtlichen Geschäftsbedingungen(http://akademie.medius-kliniken.de).

Anmeldung		
Ich melde mich verb i	indlich zu folgender Veranstaltung an:	
Kurs (Nr. Titel):		
Termin Gebühr:		€
Vorname Name:		
Beruf Funktion:		
Arbeitgeber:		
Rechnung:	□ privat	☐ geschäftlich
Anschrift:		
Telefon:		
E-Mail:		
gegebenen Dienstleistung vor Abla	me gleichzeitig zu, dass Sie mit der in Auftrag iuf der Widerrufsfrist beginnen können. Ich weiß, dass emie mit dem Anmeldeschluss erlischt und die	
Leistung wird zu diesem zeitpunkt	Datum Unterschr	rift
ihre Seminare und Workshop	kann ich jederzeit widerrufen.	
	Unterschrift	
	für die Personalentwicklung in meiner	
Personalakte gespeichert und	d ausgewertet werden. Unterschrift	
SEPA-Lastschrifts	smandat	
Lastschriften einzulösen. Diese Erk	därung hat solange Gültigkeit, bis sie widerrufen wird.	Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Akademie auf mein Konto gezogenen etrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Kontoinhaber:		
BIC Bank:		
IBAN	D E Bankzeitzahl	Kontonummer
Gläubiger-ID DE40ZZZ00000502097 Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen mit der ersten Vorabankündigung zum tatsächlichen Lastschrifteinzug mitgeteilt.		
Datum	. Unterschrift Kontoinhaber oder bei Einrichtungen bzw. Firmen	n rechtsverbindliche Unterschrift , mit Namen in Druckbuchstaben

Veranstalter:

medius KLINIKEN gemeinnützige GmbH Akademie Charlottenstr. 47 | 73230 Kirchheim unter Teck Tel. 07021 / 88-44800 Fax 07021 / 88-44809 akademie@medius-kliniken.de akademie.medius-kliniken.de