

## Anmeldeformular zum Ausbildungsgang MVZ-GF

Hiermit melde ich mich für den Ausbildungsgang zum MVZ-Geschäftsführer verbindlich an. Die Kosten betragen 2.900,- EUR Seminargebühr und 150,- EUR Prüfungsgebühr (jeweils zzgl. MwSt.).

### Zahlungsweise:

Die Abrechnung erfolgt für MedWell Partner-Ärzte, mit 10% Rabatt auf die Seminargebühr, vor der Veranstaltung.



### Die Abrechnung erfolgt per (bitte kreuzen Sie an):

- Rechnung an die u.a. Adresse
- Lastschriftinzug

Hiermit ermächtige ich die Firma Frielingsdorf Consult GmbH zum Einzug der Honorare für die von mir/uns beauftragten Dienstleistungen von meinem/unserem Konto:

Konto-Inhaber: \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_ Institut: \_\_\_\_\_

Von der Abgabe der Anmeldung kann kein Rechtsanspruch auf Teilnahme abgeleitet werden. Der Veranstalter behält sich vor, die Veranstaltung bis unmittelbar vor Beginn abzusagen. Ein Rücktritt des Teilnehmers ist bis 30 Tage vor der Veranstaltung kostenfrei möglich. Bei späterer Kündigung werden 50% der Seminargebühr zurückerstattet. Mit Beginn der Seminarserie ist eine Rückerstattung von Seminargebühren nicht mehr möglich. Der Teilnehmer ist grundsätzlich berechtigt, den Nachweis zu führen, dass durch die Stornierung der Veranstaltung ein Schaden überhaupt nicht entstanden oder wesentlich niedriger ist, als die von uns einbehaltene Stornierungsgebühr.

Faxen Sie uns bitte dieses Formular unterschrieben an 0221 / 139 836-65 zurück. Bitte geben Sie hier die Rechnungsadresse an.

Gewünschtes Serierendatum \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Funktion/Tätigkeit \_\_\_\_\_

Teilnehmer (Vor- und Zuname) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Homepage \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)