



## Anmeldeformular

für Patienten, Angehörige und andere medizinischen Laien

### Teilnehmer/in

Name / Vorname*	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße / Hausnr.*	<input type="text"/>	PLZ / Ort*	<input type="text"/>
Telefon / Mobil*	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>

### Bitte Rechnung an folgende Adresse, falls abweichend vom Teilnehmer:

Rechnungsnehmer	<input type="text"/>	Adressenzusatz	<input type="text"/>
Straße / Hausnr.	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>

### Ich melde mich verbindlich zu folgender/-n Veranstaltung/-en an:

  
  

### Ich bringe folgende Vorkenntnisse mit:

  
  

\* Pflichtfelder

Bei allen Wahlmöglichkeiten inkl. Zahlungsweise bitte nur ein Feld ankreuzen:

Sollte(n) die von mir gewünschte(n) Veranstaltung(en) bereits belegt sein, bitte ich um Aufnahme in die Warteliste. Ich werde dann rechtzeitig über einen neuen Veranstaltungstermin informiert.

Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Anschrift auf Anfrage von anderen Fortbildungsteilnehmern weitergegeben werden. Ich kann diese Auskunft jederzeit schriftlich widersprechen sowie – unentgeltlich – meine bei IAB gespeicherten Angaben sperren, berichtigen, löschen lassen bzw. widerrufen.

Ja  Nein

Ich möchte kostenlos via E-Mail über neue Veranstaltungsangebote von IAB Akademie informiert werden und melde mich gleichzeitig für ein auf mich abgestimmtes E-Mail-Marketing an. Ich willige ein, dass meine Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Berufsbezeichnung und Geschäftsadresse zu Kundenzwecken von Ihnen automatisiert erhoben, verarbeitet und benutzt werden.

Ja  Nein

### Zahlungsweise: \*

Im Voraus  Zahlung vor Ort (+20%)

Mir ist bekannt, dass Zahlung im Voraus nur mit gültiger Einzugsermächtigung möglich ist! Für Einzelveranstaltungen muss das Formular „Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Basislastschrift-Mandats für einmalige Lastschriften“ verwendet werden.

Diese Einzugsermächtigung (Lastschriftmandat) kann ich jederzeit widerrufen. Mit den Teilnahmebedingungen bin ich einverstanden. Der Einzug der Teilnahmegebühr erfolgt einen Monat vor Veranstaltungsbeginn. Für spätere Anmeldungen gelten die Preise der Zahlung vor Ort.

Die Belehrung über das Widerrufsrecht bei Fernabsatzgeschäften gegenüber Verbrauchern (Privatpersonen) und das Muster-Widerrufsformular sind auf der Internetseite [www.iabnetz.de](http://www.iabnetz.de) unter „Anmeldung zu den IAB-Veranstaltungen/-Kursen“ zu finden sowie als Link mit Ihrer Onlineanmeldebestätigung sowie als Anlage bei Ihrer Anmeldebestätigung und Rechnung.

Ich bin gemäß gesetzl. Verpflichtung darauf hingewiesen worden, dass im Falle einer Stornierung oder Nicht-Teilnahme Kosten entstehen können.

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGBs) zur Teilnahme an Fortbildungskursen habe ich zur Kenntnis genommen und anerkannt.

Die Belehrung über das Widerrufsrecht bei Fernabsatzgeschäften gegenüber Verbrauchern (Privatpersonen) habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Vertraulichkeitsvereinbarung für Kursteilnehmer der IAB-Akademie werde ich vor Kursantritt unterschreiben.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Teilnehmers \*

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Rechnnehmers (falls abweichend)

\* Pflichtfelder

Sie erhalten mit Ihren Ausbildungsunterlagen ein gesondertes Buchungs- und Bestätigungsformular.