



Anmeldeformular

für ärztliche und nichtärztliche Therapeuten

Teilnehmer/in

Privat

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"/>

Geschäftlich

Einrichtung / Firma	<input type="text"/>	Abteilung	<input type="text"/>
Straße / Hausnr.	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>

Bitte Rechnung an folgende Adresse, falls abweichend vom Teilnehmer:

Einrichtung / Firma	<input type="text"/>	Abteilung	<input type="text"/>
Straße / Hausnr.	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Rechnungsnehmer	<input type="text"/>		

Ich melde mich verbindlich zu folgender Ausbildung / folgendem/-n Kurs(en) an:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ich bringe folgende Vorkenntnisse mit:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

* Pflichtfelder

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

Die Kopie meiner Approbation / meines Berufsdiploms / meines aktuellen Ausbildungsvertrags liegt Ihnen bereits vor. (NUR erforderlich bei Anmeldung bei Kursen, die ausschließlich von ärztlichen und nichtärztlichen Therapeuten besucht werden dürfen bzw. für Ausbildungskandidaten zum Fachtherapeuten Bewegungsstörungen nach IAB-Konzept)

Ja Nein, sie ist der Anmeldung beigelegt.

Ich habe ein persönliches Beratungsgespräch mit der IAB-Studienberatung geführt.

Ja Nein

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 Kurstermin 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%) Ratenzahlung

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. Für fortlaufende Kurse und Ausbildungskandidaten ist ausschließlich das Formular „Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Basislastschrift-Mandats für wiederkehrende Lastschriften“ gültig. Eine Ratenzahlung ist nur für Azubildende zum Fachtherapeut Bewegungsstörungen nach IAB-Konzept möglich.

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

Der Einzug der Monatsraten erfolgt jeweils zum 2. eines Monats, der der Prüfungsgebühr nach Abschluss der Ausbildung. Die Belehrung über das Widerrufsrecht bei Fernabsatzgeschäften gegenüber Verbrauchern (Privatpersonen) und das Muster-Widerrufsformular sind auf der Internetseite www.iabnetz.de unter „Anmeldung zu IAB-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 Rechnungsnehmers (falls abweichend)

* Pflichtfelder

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