



ANMELDUNG

An
Medic-Fobi Verwaltung
Bayerwaldblick 9

94116 Hutthurm

Bei Kostenübernahme:
Name / Adresse des Arbeitgebers

Kursdaten:

Kursbezeichnung:

Kursdatum:

Kursgebühr:

Personendaten: (bitte eintragen)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel. Geschäftlich:

Tel. Privat:

Tel. Mobil:

E-Mail (erforderlich):

Berufsbezeichnung:

Die AGB's (unter www.medic-fobi.de) habe ich zur Kenntnis genommen und anerkannt.

Die Kursgebühr überweise ich spätestens 6 Wochen vor Kursbeginn und bei kurzfristiger Anmeldung sofort auf das Konto Nr. 30253744 bei der Sparkasse Passau (BLZ 74050000)

SWIFT CODE: BYLADEM1PAS IBAN: DE29 7405 0000 0030 2537 44

Die allgemeinen Bedingungen (AGB's) zur Teilnahme an den Fortbildungskursen habe ich zur Kenntnis genommen und anerkannt. Ich bin damit einverstanden, dass die Medic-Fobi Fobi Fortbildungsakademie für die Bearbeitung und Abwicklung der Kursanmeldung notwendige personenbezogene Daten erhebt, elektronisch speichert, nutzt und verarbeitet. Außerdem kann ich der Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu Informationszwecken jederzeit widersprechen.

Bitte legen Sie, wenn für den Kurs benötigt, Ihre Berufsurkunde bei, wenn diese noch nicht bei uns vorliegt.

Datum, Unterschrift