



## ANMELDUNG

An

Medic-Fobi

Prof.-Dr.-Schedel-Str. 5

94136 Thyrnau-Kellberg

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 und die Datenschutzerklärung (unter [www.medic-fobi.de](http://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 folgende Kontverbindung:*

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

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 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