

# ANMELDUNG

## Management für Apothekenleiter



APOTHEKEN  
MANAGEMENT  
INSTITUT

Oberstr. 21  
65399 Kiedrich  
T 06123 - 79 499 40  
F 06123 - 79 499 42  
office@apothekenzukunft.de  
www.apothekenzukunft.de

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

### Adresse privat \*

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\* freiwillig bei Anmeldung über Apotheke

**Apotheke: \*\*** \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\*\* freiwillig privater Anmeldung

### Berufliche Qualifikation:

Apotheker/in  PTA  PKA  \_\_\_\_\_

(bitte ankreuzen)

### Gewünschter Fortbildungsbeginn:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(Monat)

(Jahr)

### GEBÜHREN:

Die Gesamtkursgebühr beträgt **495,00 Euro zzgl. 94,05 Euro MwSt.** (589,05 EUR brutto) für einen Teilnehmer und **345,00 EUR zzgl. 65,55 EUR MwSt.** (410,55 EUR brutto) für jeden weiteren Teilnehmer. Der Betrag ist mit Fortbildungsbeginn fällig.

Gläubiger ID: DE16ZZZ00001872072

Die Zahlung erfolgt durch **SEPA-Fälligkeitslastschrift**:

Ich, \_\_\_\_\_, bzw.  
die, \_\_\_\_\_-Apotheke  
ermächtigt/ermächtigt die Apotheken Management Institut  
GmbH & Co. KG, die Kursgebühren vom aufgeführten Bank-  
oder Postbankkonto einzuziehen:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bankinstitut, Ort: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- & Nachname Kontoinhaber)

Über die steuerlich abzugsfähigen Rechnungsbeträge wird dem Zahler eine entsprechende Kostenbescheinigung ausgestellt.

### WIDERRUFSRECHT

Sie haben das Recht, binnen 14 Tagen nachdem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter das Fernlehmaterial erhalten hat, ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns mittels einer eindeutigen Erklärung über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, postalisch (AMI – Apotheken Management Institut GmbH & Co. KG, Oberstr. 21, 65399 Kiedrich), via Fax (06123 - 79 499 42) oder E-Mail (office@apothekenzukunft.de) informieren. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechtes vor Ablauf der Widerrufsfrist stellen.

### FOLGEN DES WIDERRUFS

Widerrufen Sie diesen Vertrag, haben wir alle Ihnen bislang entstandenen Kosten binnen 14 Tagen ab dem Tag, an dem wir die Mitteilung über Ihren Widerruf erhalten haben, zurückzuzahlen. Für die Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben. Wir können die Rückzahlung verweigern, bis wir das Fernlehmaterial wieder zurückerhalten haben, bzw. Sie einen entsprechenden Nachweis über die Rücksendung erbringen.

Die Belehrung über mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- & Nachname)

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Fortbildung Management für Apothekenleiter an. Die Vertragsbedingungen und die allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- & Nachname)