

# ANMELDUNG

## Fachberater/in Wundversorgung in der Apotheke



APOTHEKEN  
MANAGEMENT  
INSTITUT

Markt 3  
65375 Oestrich-Winkel  
T 06723 - 88 52 91  
F 06723 - 88 52 85  
office@apothekenzukunft.de  
www.apothekenzukunft.de

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

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

### ADRESSE privat (freiwillig bei Anmeldung über Apotheke)

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

### ADRESSE Apotheke (freiwillig bei privater Anmeldung)

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

### Berufliche Qualifikation:

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

(bitte ankreuzen)

### Gewünschter Fortbildungsbeginn:

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

(Monat) (Jahr)

### GEBÜHREN:

Die Gesamtkursgebühr beträgt **200,00 Euro zzgl. 38,00 Euro MwSt.** (238,00 Euro brutto). Die Kursgebühr wird mit Beginn der Fortbildung fällig.

Gläubiger ID: DE16ZZZ00001872072

### Die Zahlung erfolgt durch SEPA-Fälligkeitsschrift:

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.

Gutscheincode: \_\_\_\_\_

### 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, Markt 3, 65375 Oestrich-Winkel), via Fax (06723 885285) 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, zurückzahlen. 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)

Ich interessiere mich für das freiwillige Prüfungsvorbereitungsseminar. Bitte lassen Sie mir hierzu weitere Informationen zukommen (bitte ankreuzen falls gewünscht).

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Fortbildung Fachberater/in in der Wundversorgung an. Die vorgenden Vertragsbedingungen und die allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

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

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

