

# Anmeldung – Chefeinkäufer/in Apotheke



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

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

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Adresse privat:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

Adresse Apotheke (freiwillig, wenn Anmeldung privat erfolgt):

Apotheken-Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**AMI Apotheken Management Institut  
GMBH & Co. KG**

**Markt 3 – 65375 Oestrich-Winkel**

Gläubiger ID: DE16ZZZ00001872072

**Fax: 06723 / 88 52 85**

Die monatliche Kursgebühr beträgt 98,97 EUR (83,17 EUR plus 15,80 EUR MwSt.). Meine Gesamtkursgebühr für den Fernkurs Chefeinkäufer/in Apotheke beträgt 593,80 EUR (499,00 EUR netto plus 94,80 EUR MwSt.). Die Gesamtkursgebühr ist in zwei Raten von jeweils 296,90 EUR inkl. Ges. MwSt. jeweils am 03. eines Vierteljahres vom Studienbeginn an durch Bankeinzug fällig.

Die Zahlung erfolgt durch

**SEPA-Fälligkeitslastschrift**

Ich/die \_\_\_\_\_-Apotheke ermächtige/ermächtigt die Apotheken Management-Institut GmbH, die Kursgebühren vom aufgeführten Bank- oder Postbankkonto einzuziehen:

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

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

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

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

\_\_\_\_\_  
Vollständige Unterschrift (Vor- und Nachname des Kontoinhabers)

Über die steuerlich abzugsfähigen Rechnungsbeträge wird dem hende Kostenbescheinigung ausgestellt.



*Alle Lehrgänge wurden geprüft und sind zugelassen und zertifiziert von der Staatlichen Zentralstelle für Fernunterricht.*

**Schulabschluss**

Hauptschule  Realschule  Gymnasium

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Abgeschlossene Ausbildung als: \_\_\_\_\_

Berufspraxis: \_\_\_\_\_ Jahre als: \_\_\_\_\_

Ich melde mich hiermit zu dem sechsmonatigen Fernkurs **Chefeinkäufer/in Apotheke** an. Die Vertragsbedingungen gelten für beide Seiten: Apotheken Management-Institut GmbH und mich. Ich erhalte eine Bestätigung dieser Anmeldung.

Die mir vorliegenden allgemeinen Vertragsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

**Ich möchte mit dem Studiengang beginnen im:**

Monat

Jahr

--	--

--	--	--	--

(bitte ausfüllen)

\_\_\_\_\_  
Datum, vollständige Unterschrift (Vor- und Nachname)

**Widerrufsrecht**

Diesen Vertrag kann ich in Textform oder durch Rücksendung des Lehrmaterials innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt der ersten Lieferung des Lehrmaterials gegenüber der Apotheken Management-Institut GmbH, Markt 3, 65375 Oestrich-Winkel, widerrufen. Zur Wahrung der Frist ist die Absendung des Widerrufs maßgeblich. Die Rücksendung des Lehrmaterials erfolgt auf Kosten und Gefahr des Widerrufempfängers. Die Belehrung über mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum, vollständige Unterschrift (Vor- und Nachname)