

# Anmeldung – Leiter/in Heimversorgung

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: \_\_\_\_\_

**Schulabschluss**

Hauptschule  Realschule  Gymnasium

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

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

Ich melde mich hiermit zu dem sechsmonatigen Fernkurs **zum/zur Leiter/in Heimversorgung** 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 Widerrufsempfängers. Die Belehrung über mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

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

**AMI APOTHEKEN MANAGEMENT-INSTITUT  
GMBH & Co. KG**  
**Markt 3 – 65375 Oestrich-Winkel**  
Gläubiger ID: DE16ZZZ00001872072  
**Fax: 06723 / 88 52 85**

Meine Gesamtkursgebühr für den Fernkurs zum/zur Leiter/in Heimversorgung beträgt inklusive Prüfungsgebühr 290,00 EUR (plus 55,10 EUR MwSt.). Die Zahlung der Kursgebühr ist vier Wochen nach Kursbeginn fällig.

Die Zahlung erfolgt durch:

**SEPA-Fälligkeitstlastschrift**

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 Zahler eine entsprechende Kostenbescheinigung ausgestellt.



*Der Lehrgang wurde geprüft und ist zugelassen und zertifiziert von der Staatlichen Zentralstelle für Fernunterricht.*