Anmeldung – Präventionsberater/in Familie

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 Präventionsberater/in Familie** 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)

AMI Apotheken Management-Institut GMBH & Co. KG

Gläubiger-ID: DE16ZZZ00001872072

Markt 3 – 65375 Oestrich-Winkel

Fax: 06723 / 88 52 85

Die Gesamtkursgebühr für das Lehrmaterial zum Fernkurs Präventionsberater/in Familie, die Selbstkontrolltests und die Hotline beträgt 345,00 EUR (plus 65,55 EUR MwSt.). Für die Abschlussprüfung sind 45,00 EUR (plus 8,55 MwSt.) fällig. Die Kursgebühr ist nach Fernkursbeginn fällig und die Zahlung der Prüfungsgebühr vier Wochen vor der Prüfung.

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 Fernkurs-Teilnehmers bzw. des Apothekenleiters)

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

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)