



Alpha Med. Bildung Steinweg 11,  
38100 Braunschweig,  
S.Kahmann-Kircher  
Tel. 0531 61 800 200 Fax: 0531 12 386 664  
Mail: [alpha-ergopraxis@web.de](mailto:alpha-ergopraxis@web.de)

Anmeldung:

Ich melde mich verbindlich für die unten bezeichneten Fortbildungsveranstaltungen an.

Ich überweise spätestens 10 Tage vor Seminarbeginn die jeweilige Teilnahmegebühr auf das Konto 0 208 590 478 BLZ 300 606 01, Deutsche Apotheker- und Ärztebank IBAN DE88300606010208590478 BIC DAAEDEDXXX

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

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Ich kann bis 14 Tage vor Kursbeginn zurücktreten und bin dann mit dem Einbehalt einer Bearbeitungsgebühr von 30 Euro einverstanden. Bei späterem Rücktritt wird meine Teilnahmegebühr fällig.

Bei Ausfall der Fortbildung erhalte ich die volle Kursgebühr zurück. Sollten bei mehrtägigen Fortbildungen einzelne Seminare ausfallen, werden diese, wenn möglich zu einem späteren Termin nachgeholt.

Änderungen durch Erkrankungen oder Absagen von Referenten müssen vorbehalten bleiben. Weitergehende Forderungen werden ausgeschlossen.

Ich buche folgende Fortbildungen (bitte Termin-bei mehrtägigen Kursen Starttermin- angeben)

Termin	/	Kurs/Seminar ggf. Nr.	/	Gebühr
_____	/	_____	/	_____
_____	/	_____	/	_____

.....  
Ort, Datum

.....  
rechtsverbindliche Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz: Wir speichern Ihre persönlichen Daten und Adresdaten elektronisch und schriftlich weiterhin verwenden wir sie ausschließlich in der Einrichtung Alpha Med. Bildung und seinen Bereichen in Deutschland, sowie in Kontakt mit Ihnen. Sie können der Speicherung und Nutzung Ihrer Daten jederzeit schriftlich widersprechen. Verantwortliche im Sinne des Datenschutzgesetzes ist S.Kahmann-Kircher, Steinweg 11, 38100 Braunschweig.