

Anmeldung

Name: _____

Vorname: _____

Akad. Grad.: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Geburtstag: _____

- Rentner
- Mitglied Fördergesellschaft
- arbeitslos/arbeitsuchend

Zu folgender Veranstaltung melde ich mich verbindlich an:

Thema: _____

Datum: _____

EINZUGSERMÄCHTIGUNG:

Hiermit ermächtige ich die Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung in Bad Segeberg, die Gebühr für den oben angegebenen Kurs in Höhe von _____ € frühestens 14 Tage vor Beginn der Veranstaltung per Lastschrift von meinem nachstehend genannten Konto einzuziehen:

BLZ: _____ Kto.: _____

Institut: _____

(Datum)

(Unterschrift)

Barcode-Etikett: