ADMEDIA®
WEITERBILDUNGSZENTRUM

A N M E L D E F O R M U L A R

Kursbezeichnung: .....

Kursdaten: ..... Kursindex: .....

☐ bereits Kunde ☐ Neukunde

Kursteilnehmer:

Name: ..... Firma: .....

Vorname: ..... Abteilung: .....

Straße: ..... Straße: .....

PLZ/Ort: ..... PLZ/Ort: .....

Tel. ..... Tel. .....

Fax: ..... Fax: .....

E-Mail: ..... E-Mail: .....

Beruf: .....

Kopie der Berufsurkunde (einmalig) ☐ bereits eingereicht ☐ liegt bei
☐ wird nachgereicht

Rechnung an ☐ privat ☐ Firma

Förderung durch ☐ ESF ☐ andere .....

☐ Bitte senden Sie mir den kostenlosen Online-Newsletter per E-Mail zu.

☐ Ich habe die AVB des ADMEDIA Zentrum für EAP GmbH, Weiterbildungszentrum zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

ausdrückliches Leistungsverlangen (wenn notwendig):

☐ Ich verlange ausdrücklich und stimme gleichzeitig zu, dass Sie mit der in Auftrag gegebenen Dienstleistung vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnen. Ich weiß, dass mein Widerrufsrecht bei vollständiger Erfüllung des Vertrages erlischt.

....
Ort / Datum Unterschrift

Bitte füllen Sie dieses Formular unbedingt vollständig und in Druckschrift aus, da Ihre Anmeldung bei fehlenden Angaben oder bei Unleserlichkeit NICHT bearbeitet werden kann!

ADMEDIA Zentrum für Erweiterte, Ambulante Physiotherapie GmbH, Weiterbildungszentrum
Bayreuther Straße 12, 09130 Chemnitz, Telefon: 0371 43254-66, Fax: 0371 43254-60