



medmissio

Institut für Gesundheit weltweit

*Gesundheit
ist unsere Mission*

Grundlagenseminar

*Für Ärzt*Innen und medizinische Fachkräfte
zur Vorbereitung von Kurzzeiteinsätzen*

ANMELDEFORMULAR

20./21.04.2024

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Hiermit melde ich mich verbindlich für das online Grundlagenseminar am **20.04. und 21.04.2024** an

...Teilnahmegebühr **260,00€**

Datum: _____ Unterschrift: _____

FACHRICHTUNG: _____

GEPLANTER AUSLANDSEINSATZ:

Bitte geben Sie die Organisation an mit der Sie ausreisen: _____

Datum: von _____ bis _____

Land: _____

Bitte schicken (per Post/E-Mail) oder faxen Sie die Anmeldung bis spätestens 22. März 2024 an das Seminaresekretariat.

Kontakt: Frau Birgit Zürn Seminaresekretariat medmissio •

Hermann-Schell-Str. 7 • 97074 Würzburg, Tel. 0931 / 80 48 5-10 • Fax 0931 / 80 48 5-30

E-Mail birgit.zuern@medmissio.de

Hinweis: Die Anmeldung ist nur in Verbindung mit der erteilten Einzugsermächtigung gültig. Bitte beachten Sie, dass bei Rücktritt nach erfolgter Anmeldung € 30,00 Bearbeitungsgebühr erhoben werden.



medmissio

Institut für Gesundheit weltweit

Gesundheit
ist unsere Mission

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich medmissio Würzburg die auf dem Anmeldeformular angegebenen Gebühren für das Grundlagenseminar „Vorbereitung von Ärzt*Innen für Kurzzeiteinsätze in Gesundheitsprojekten“ am **20./21.04.2024** von meinem Konto abzubuchen.

Kontoinhaber/in: _____

Bankbezeichnung: _____
(Name, Ort, Zweigstelle)

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC: _____

Bitte geben Sie hier den Vor- und Nachnamen des Teilnehmers an, falls abweichend vom Kontoinhaber: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

***Die Einzugsermächtigung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.
Die Kontodaten werden nach erfolgtem Lastschriftinzug gelöscht.***

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT:

Ich ermächtige medmissio Würzburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von medmissio auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 82ZZ 2000 0086 5188

DATENSCHUTZ:

Die Daten der Kursteilnehmer werden allein zum Zwecke der Durchführung des Kurses auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Die Daten werden nach einer gesetzlich vorgeschriebenen zehnjährigen Aufbewahrungsfrist (§147 AO und §14b UStG) vernichtet bzw. gelöscht. Ausführliche Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter

<http://www.medmissio.de/impressum-und-datenschutz>