

ANMELDEFORMULAR

Kursbezeichnung:				
Kursdaten/Termin:		Kurs-Index:		
<input type="checkbox"/>	bereits Kunde	<input type="checkbox"/>	Neukunde	
Kursteilnehmer:				
Name:		Firma:		
Vorname:		Abteilung:		
Straße:		Straße:		
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:		
Tel.:		Tel.:		
Fax:		Fax:		
E-Mail:		E-Mail:		
Beruf:				
Kopie Berufsurkunde (einmalig)	<input type="checkbox"/>	bereits eingereicht	<input type="checkbox"/>	liegt bei
	<input type="checkbox"/>	wird nachgereicht	<input type="checkbox"/>	
Rechnung an	<input type="checkbox"/>	privat	<input type="checkbox"/>	Firma
Förderung durch	<input type="checkbox"/>	ESF	<input type="checkbox"/>	andere
<input type="checkbox"/>	Bitte senden Sie mir den kostenlosen Online-Newsletter per Mail zu.			
<input type="checkbox"/>	Ich habe die AVB des ADMEDIA Zentrum für EAP GmbH, Weiterbildungszentrum zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.			
<input type="checkbox"/>	Ich habe die Datenschutzerklärung unter www.admedia.de eingesehen und verstanden			
ausdrückliches Leistungsverlangen (wenn notwendig):				
<input type="checkbox"/>	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, Tel. 0371 43254-66, Fax: 0371 43254-60				