

Kursanmeldung

WAD Medizinisches Fortbildungszentrum
Schulgasse 2 | 01067 Dresden
Telefon 0351/496 92 61 | Fax 0351/496 92 60
fortbildung@wad.de | www.wad.de

Ich melde mich verbindlich zur unten genannten Fortbildung an. **(Bitte alle Angaben ausfüllen)**

Kursbezeichnung:

Veranstaltungsort: Dresden Passau Weiden Sörnzig Fuhlendorf

Datum /Beginn: Gebühren:

Vorname: Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Aktueller Beruf:

Tel. dienstl.: Tel. privat:

Fax: E-Mail:

Rechnungsempfänger/Kontoinhaber

(Wenn Ihr Arbeitgeber die Kosten übernimmt, tragen Sie bitte dessen Rechnungsanschrift hier ein und lassen Sie diese Anmeldung von ihm unterzeichnen.)

.....

.....

.....

Es gelten die Anmelde- und Zahlungsmodalitäten bzw. AGB der WAD Bildungsakademie GmbH, die unter www.wad.de nachzulesen und auch als Download verfügbar sind.

- Ich habe die AGB des Medizinischen Fortbildungszentrums der WAD Bildungsakademie GmbH, insbesondere die Belehrungen zum Widerruf, zum elektronischen Geschäftsverkehr sowie den Hinweis zur Seminarausfallsversicherung auf der Homepage gelesen und ich akzeptiere diese. **(Bitte nach dem Lesen links ankreuzen)**
- Hiermit stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck von Fortbildungsbesuchen sowie der dazugehörigen Rechnungsstellung zu. Sofern ich einen Kurs besuche, der in Kooperation mit einem anderen Fortbildungsveranstalter stattfindet (eine Übersicht dazu findet sich auf www.wad.de), willige ich ein, dass meine Daten an unsere Kooperationspartner weitergegeben werden. **(Bitte nach dem Lesen links ankreuzen)**
- Hiermit stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Versand der jährlichen Fortbildungsbroschüre zu. **(Bitte nach dem Lesen links ankreuzen)**

.....
Datum

.....
Unterschrift des Rechnungsempfängers/Kontoinhabers