Anmeldung

Weiterbildung

Kursnummer:

_____

Fortbildung

Kursnummer:

_____

Persönliche und dienstliche Angaben:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Wohnort: _____

Telefon (privat): _____

E-Mail (privat): _____

Berufsbezeichnung: _____

Einrichtung: _____

Straße, Ort: _____

Telefon (dienstlich): _____

E-Mail (dienstlich): _____

AGP Viersen GmbH
Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe

Rechnung an:

- ☐ Privatanschrift
- ☐ Dienstanschrift

Die Teilnahmegebühr überweise/n ich/wir innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt der Rechnung. Bei Rücktritt innerhalb von 21 Tagen bis 7 Tagen vor Veranstaltungsbeginn, werden 30% der Teilnahmegebühr als Bearbeitungsgebühr erhoben. Ab dem 6. Tag vor Beginn sind die vollen Teilnahmegebühren zu entrichten. Bis zum Fortbildungsbeginn kann selbstverständlich jederzeit kostenlos ein Ersatzteilnehmer benannt werden. Eine Rücktrittserklärung bedarf der Schriftform.

- ☐ Ich stimme den AGB zu.
- ☐ Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen.

Ort, Datum: _____

Rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel der Einrichtung:

_____