

Kursanmeldung

WAD Medizinisches Fortbildungszentrum
Schulgasse 2 | 01067 Dresden
Telefon 0351 4969261 | Fax 0351 4969260
fortbildung@wad.de | www.wad.de

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

Kursbezeichnung:

Veranstaltungsort: Dresden Passau Weiden

Datum/Beginn: Gebühren:

Vorname: Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Beruf:

Tel. dienstl.: Tel. privat:

Fax: E-Mail:

Rechnungsempfänger/Kontoinhaber

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

.....
.....
.....

Bezahlung per Rechnung

Mit dieser Anmeldung ermächtige ich die WAD Bildungsakademie GmbH, die oben genannten Teilnahmegebühren nach der Rechnungslegung von meinem Konto einzuziehen.

Bankverbindung

Kreditinstitut:

IBAN: SWIFT BIC:

Es gelten die Anmelde- und Zahlungsmodalitäten der WAD Bildungsakademie GmbH.

Ich habe die AGB des Medizinischen Fortbildungszentrums der WAD Bildungsakademie GmbH und die Belehrungen zum Widerruf sowie zum elektronischen Geschäftsverkehr gelesen und ich akzeptiere diese. (Bitte nach dem Lesen links ankreuzen)

.....
Datum

.....
Unterschrift des Rechnungsempfängers/Kontoinhabers