



**medmissio**

Institut für Gesundheit weltweit

*Gesundheit  
ist unsere Mission*

# Grundlagenseminar

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

**ANMELDEFORMULAR**

**06./07.05.2023**

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit melde ich mich verbindlich für das Grundlagenseminar am **06. und 07.05.2023** an

...Teilnahmegebühr **220,00€**

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 10. April 2023 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](mailto: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.

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich medmissio Würzburg die auf dem Anmeldeformular angegebenen Gebühren für das Grundlagenseminar „Vorbereitung von Ärzt\*Innen für Kurzzeiteinsätze in Gesundheitsprojekten“ am **06./07.05.2023** 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 Z000 0086 5188

### Datenschutz:

Die Daten der Kursteilnehmer werden allein zum Zwecke der Durchführung desurses 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>