



Grundlagenseminar

*Für medizinische Fachkräfte
zur Vorbereitung von Kurzzeiteinsätzen*

ANMELDEFORMULAR

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: _____
Vorname: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.: _____
E-Mail: _____

Hiermit melde ich mich verbindlich für das Grundlagenseminar am **26.01. und 27.01.2019** an

...Teilnahmegebühr **270,00€**

...Reduzierte Teilnahmegebühr für Mitglieder von German Doctors e.V. **150,00€**

Datum: _____ Unterschrift: _____

ANMELDUNG ZUM MITTAGESSEN

26.01.2019

27.01.2019

vegetarische Kost

Wir weisen darauf hin, dass die Anmeldung zum Mittagessen verbindlich ist. Mahlzeiten sind in der Kursgebühr enthalten.

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 02. Januar 2019 an das Seminaresekretariat.

Kontakt: Frau Birgit Zürn Seminaresekretariat Missionsärztliches Institut •

Hermann-Schell-Str. 7 • 97074 Würzburg, Tel. 0931 / 80 48 5-10 • Fax 0931 / 80 48 5-25

E-Mail 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 einbehalten werden.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich das Missionsärztliche Institut die auf dem Anmeldeformular angegebenen Gebühren (inkl. Kosten für das Mittagessen) für das Grundlagenseminar „Vorbereitung von Ärzten für Kurzzeiteinsätze in Gesundheitsprojekten“ am **26.01. und 27.01.2019** 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 das Missionsärztliche Institut, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Missionsärztlichen Institut 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:

Für das Missionsärztliche Institut hat der Schutz Ihrer persönlichen Daten höchste Priorität. Wir verarbeiten daher Ihre personenbezogenen Daten nur im Einklang mit den Jeweils anzuwendenden gesetzlichen Datenschutzanforderungen im Rahmen unserer Seminare.