



GRUNDLAGENSEMINAR
für medizinische Fachkräfte
zur Vorbereitung von Kurzzeiteinsätzen

ANMELDEFORMULAR

Persönliche Angaben:

Name Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort.

Tel.: Email:

Datum: Unterschrift:

Hiermit melde ich mich verbindlich für das Grundlagenseminar 28./29.01.2017 an

- ☐ Teilnahmegebühr **270,00 €**
- ☐ **Reduzierte Teilnahmegebühr für Mitglieder von German Doctors e. V.** **150,00 €**

Anmeldung zum Mittagessen

- ☐ 28.01.2017 ☐ 29.01.2017 ☐ vegetarische Kost

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

***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.***

Bitte geben Sie die Organisation an mit der Sie ausreisen:

Geplanter Auslandseinsatz: Datum Land

- ☐ Ich möchte über aktuelle Seminartermine im Bereich Public Health und Tropenmedizin informiert werden. Bitte schicken Sie die Rundbriefe des Missionsärztlichen Instituts und der „Akademie für Globale Gesundheit und Entwicklung“ (AGGE) an meine o. g. Emailadresse.
- ☐ Ich bitte um die Zusendung der Publikationen des Missionsärztlichen Instituts: Heilung und Heil (3 x jährlich); Im Fokus (nach Veröffentlichung)

Bitte schicken (per Post/E-Mail) oder faxen Sie die Anmeldung bis spätestens **09. Januar 2017** an das Seminaresekretariat.

Kontakt: Frau Andrea Rogers Seminaresekretariat Missionsärztliches Institut •
Hermann-Schell-Str. 7 • 97074 Würzburg, Tel. 0931 / 80 48 5-28 • Fax 0931 / 80 48 5-25,
E-Mail andrea.rogers@medmissio.de



GRUNDLAGENSEMINAR
für medizinische Fachkräfte
zur Vorbereitung von Kurzzeiteinsätzen

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 28.01. und 29.01.2017 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 Lastschrifteinzug 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.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich das Missionsärztliche Institut über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 82ZZ Z000 0086 5188

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt. BIC und IBAN-Nr. Ihrer Bank finden Sie auf jedem Kontoauszug.