# Anmeldeformular

**per Telefon: (0 40) 30 39 86 90**
**per E-Mail: info@medic-akademie.de**
**per Fax: (0 40) 30 39 86 929**

## Anmeldung

☑ Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildungsveranstaltung an und akzeptiere die Teilnahmebedingungen:

Seminar- oder Kursbezeichnung

am Beginndatum eintragen

Rechnung an (bitte ankreuzen): ☐ privat ☐ geschäftlich

**PRIVAT**

Vorname und Name

Beruf / Abteilung und Funktion

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon

E-Mail

**GESCHÄFTLICH**

Klinik / Einrichtung

Rechnungsempfänger (Vorname und Name) / Abteilung und Funktion

Straße und Hausnummer (der Einrichtung)

PLZ und Ort (der Einrichtung)

Telefon (tagsüber) Telefax

Ort, Datum Unterschrift und Stempel