

Seminaranmeldung

Mail: fortbildung@maerkische-kliniken.de

Fax: 02351 462846

Märkische Kliniken GmbH
Bildungsmanagement/Haus 7
Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid

SEMINAR / VERANSTALTUNG

_____ Seminar

_____ Termin

_____ Kennung

_____ Ort

TEILNEHMER Frau Herr

ARBEITGEBER / RECHNUNGSANSCHRIFT

_____ Nachname, Vorname

_____ Firma

_____ Geburtsdatum

_____ Abteilung / Ansprechperson

_____ Straße / Nr.

_____ Straße / Nr.

_____ PLZ / Ort

_____ PLZ / Ort

_____ E-Mail-Adresse privat / dienstlich

_____ E-Mail-Adresse für Rechnungsversand

_____ Telefon privat / dienstlich

_____ Kostenstelle der Abteilung

- Bildungsscheck wurde beantragt
- Die Seminargebühren werden von mir privat überwiesen
- Die Seminargebühren werden durch meinen Arbeitgeber überwiesen. Eine Kostenzusage liegt mir schriftlich vor.

TEILNAHMEBEDINGUNGEN

Anmeldungen sind **verbindlich**. Können Sie an der Veranstaltung nicht teilnehmen, muss die Absage **schriftlich** bei uns eingehen. Eine Stornierung / Abmeldung ist bis **zwei Wochen vor** dem Veranstaltungstermin kostenfrei möglich. Danach wird die volle Seminargebühr fällig. Sollte eine Veranstaltung aus organisatorischen Gründen nicht zustande kommen, behalten wir uns das Recht vor, diese kurzfristig abzusagen. Den Teilnehmer informieren wir darüber umgehend. Die Seminargebühr wird per Rechnung erhoben, die Sie /Ihr Arbeitgeber nach der Veranstaltung erhalten. Die Rechnung ist sofort und ohne Abzug fällig.

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Ihre personenbezogenen Daten werden für die Anmeldung und Durchführung der Veranstaltung benötigt und zu diesem Zweck verarbeitet und gespeichert. Ihre Daten speichern wir nur so lange, wie eine Geschäftsbeziehung mit Ihnen besteht oder es gesetzlich verpflichtend notwendig ist. Nach diesem Zeitraum werden Ihre Daten gelöscht und können nicht mehr mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden.

_____ Datum

_____ Unterschrift