



Bitte in Druckschrift vollständig ausfüllen und an das Dr. Karl-Sell-Ärztseminar (MWE) zurücksenden.
Unvollständig ausgefüllte Formulare können nicht bearbeitet werden.

Angaben zur Person

Datum _____

Name _____

Titel _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

bei ÄrztInnen: _____

(Fachrichtung angeben bzw. in Weiterbildung zu...)

Ich bin Mitglied bei: MWE Physio-MWE DAAO ÄMM DGMSM ÖAMM VPT ZVK VDB

Straße _____

Telefon / privat _____

PLZ / Ort _____

Telefon / dienstlich _____

E-Mail _____

Fax privat / dienstl. _____

Ich möchte mich für folgende(n) Kurs/Kurse anmelden:

Kurs _____

Kurs _____

Kursnummer (wenn bekannt) _____

Kursnummer (wenn bekannt) _____

von / bis _____ Ort _____

von / bis _____ Ort _____

Bankeinzugsverfahren: Ich ermächtige das Dr. Karl-Sell-Ärztseminar (MWE), die hiermit fällige Anmeldegebühr und die Restgebühr (ca. 4 Wochen vor Kursbeginn, schriftliche Benachrichtigung erfolgt) für o. g. Kurs(e) (laut AGBs der MWE) abzubuchen:

Bank _____

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Unsere Gläubiger-ID: DE50MWE00000194233

Mandatsreferenz* _____

(*wird von der MWE eingetragen)

Ich überweise die hiermit fällige **Anmeldegebühr** und die **Restgebühr** (ca. 4 Wochen vor Kursbeginn, schriftliche Benachrichtigung erfolgt) für oben genannte(n) Kurs(e) (laut AGBs der MWE).

Bankverbindung: Volksbank Allgäu-Oberschwaben eG IBAN: DE 9665 0910 4001 6506 5001 BIC: GENODES1LEU

Unterschrift _____

Ich bestätige durch meine Unterschrift auch, dass ich approb. Ärztin / Arzt bzw. exam. KG / PT bin. Die Richtlinien Weiterbildung „Manuelle Medizin“ (Ärzte) und die Bestimmungen „Manuelle Therapie“ für Physiotherapeuten / Krankengymnasten sind mir bekannt. Ich erkenne die Geschäftsbedingungen der MWE an (siehe gültiger Kurskalender). Datenschutz: Wir weisen auf die MWE-Datenschutzerklärung hin. Diese können Sie auf unserer Homepage einsehen: www.manuelle-mwe.de/datenschutz.php

