



IHK Neubrandenburg
für das östliche Mecklenburg-Vorpommern
Bereich Aus- und Weiterbildung
Katharinenstraße 48
17033 Neubrandenburg

Anmeldung zur Schulung über die Sachkenntnis im Einzelhandel mit freiverkäuflichen Arzneimitteln

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsort: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

Gewünschter Schulungstermin: _____

Ich melde mich hiermit verbindlich zur Schulung über die Sachkenntnis
im Einzelhandel mit freiverkäuflichen Arzneimitteln an.

Hinweise zum Rücktritt von der Schulung und zu Teilnahmekosten:

Ihre Anmeldung zu einem bestimmten Termin ist verbindlich, wenn der Termin schriftlich von der IHK bestätigt wurde. Nach der Anmeldung ist ein Rücktritt von der Schulung nur schriftlich möglich. Die Teilnahmekosten in Höhe von **130,00 Euro** werden vor der Schulung fällig.

Hinweise zum Datenschutz:

Zum Zwecke der Prüfungsabwicklung dürfen die personenbezogenen Daten der Teilnehmer bei der IHK unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Regelungen verarbeitet und gespeichert werden. Ich bin einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten gespeichert und statistisch ausgewertet werden. Die Speicherung der Daten dient auch dazu, Zweitschriften für verloren gegangene Zeugnisse auszustellen.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Die Hinweise zu den Teilnahmekosten, zum Rücktritt und zum Datenschutz sind mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift Schulungsteilnehmer/in

Rechnungsanschrift:

Schulungsteilnehmer/in
 Unternehmen/Institution: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel