



# Pharma Eskulap



Pharmazeutisch-medizinisches Fortbildungsinstitut

Michael Geißler, Wertstraße 9a, 56170 Bendorf  
Telefon: 02622 160610, E-Mail: [fortbildung@pharmaeskulap.de](mailto:fortbildung@pharmaeskulap.de)

## Anmeldung

Fortbildung: bitte die Fortbildungsbezeichnung angeben

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Apotheke \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Ich möchte gerne am Seminarort übernachten.  Einzelzimmer  Doppelzimmer  
Angaben über Preise unter [www.pharmaeskulap.de](http://www.pharmaeskulap.de)

### Allgemeine Geschäftsbedingungen

1. Die Anmeldung erfolgt verbindlich in schriftlicher Form mittels dieses Anmeldeformulars . Nach Eingang der Anmeldung erfolgt eine schriftliche Teilnahmebestätigung bis spätestens 3 Wochen vor Fortbildungsbeginn.
3. Teilnahmeberechtigt ist, wer bis zum Beginn der Fortbildung die Teilnahmegebühr beglichen hat.
2. Pharma Eskulap ist berechtigt, die Fortbildung insbesondere bei zu geringer Teilnehmerzahl nicht durchzuführen.
3. Bei erfolgter verbindlicher Anmeldung kann Pharma Eskulap bei einer Stornierung der Fortbildung bis zu 3 Wochen vor dem geplanten Beginn wegen Nichterfüllung einen pauschalen Schadensersatz von 100 € erheben. Bei späterer Kündigung wird die volle Teilnahmegebühr fällig oder es wird vom Teilnehmer ein Ersatzteilnehmer gestellt.
4. Erkrankt ein Teilnehmer vor Beginn der Fortbildung, so berechtigt dies nicht automatisch zum Rücktritt des Vertrages.
5. Pharma Eskulap haftet nur für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.
6. Änderungen sowie Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Somit besitzen mündliche Absprachen keine Gültigkeit.

Ich habe die AGB's zur Kenntnis genommen und akzeptiere diese.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bankverbindung  
Bitte überweisen Sie den fälligen Betrag auf das folgende Konto:  
Postbank Ludwigshafen, BLZ: 545 100 67, Konto-Nr. 137650675, Verwendungszweck: Fortbildungsnummer