

Antrag auf Mitgliedschaft (Stand 01.01.2020)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft am Dr. Pol Henry Campus.
Ich erkenne die AGB's sowie die Datenschutzerklärung an.

(Detaillierte Informationen zum Umgang mit den Nutzerdaten finden Sie in unsere Datenschutzerklärung unter www.dr-pol-henry.de)

Persönliche Daten:

Praxis/Apotheke*: _____

Name*: _____ Vorname*: _____

PLZ/Ort*: _____ Straße*: _____

Telefonnummer*: _____ Email*: _____

Beruf*: _____

*Pflichtfeld, für die Mitgliedschaft erforderlich

Unsere Mitgliedsbeiträge:

(bitte zutreffendes ankreuzen)

1. Halbjahr **01.01.2021-30.06.2021** (beinhaltet 11 Webinare) 89,-€

2. Halbjahr **01.07.2021-31.12.2021** (beinhaltet 11 Webinare) 89,-€

Ganzes Jahr **01.01.2021-31.12.2021** (beinhaltet 22 Webinare) 159,-€

Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein halbes Jahr, wenn nicht 15 Tage vor Ablauf schriftlich gekündigt wurde.

Den Zugangslink für die Webinare erhalten Sie nach Zahlungseingang eine Woche vor dem jeweiligen Webinartermin. Nach erfolgreicher Anmeldung dürfen Ihre Mitarbeiter/Angestellten kostenlos an den Webinaren teilnehmen. Weitere Vorteile einer Campusmitgliedschaft finden Sie auf unsere Homepage.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Hinweis: Die Seite 2 mit der SEPA- Lastschriftmandat stellt einen integrativen Bestandteil dieses Aufnahmeantrags dar und ist unbedingt ausgefüllt beizufügen, da sonst eine Aufnahme nicht möglich ist.

SEPA - Lastschriftmandat

Ich ermächtige / wir ermächtigen die Pol Henry GmbH fällige Zahlungen, entsprechend der gültigen AGB von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Pol Henry auf mein / unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von acht (8) Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Rücklastschriften berechnen wir mit einer Gebühr von 17,50 €.

Alle Angaben sind Pflichtangaben:

Name des Zahlungspflichtigen: (Kontoinhaber)	Name, Vorname (Bitte in Druckbuchstaben)
Adresse des Zahlungspflichtigen:	Straße, PLZ Ort
Bankverbindung:	IBAN (International Bank Account Number) ----- SWIFT BIC (Bank Identifier Code) Kreditinstitut -----
Name des Zahlungsempfängers:	Pol Henry GmbH Gläubiger-ID: DE 54 ZZZ 0000 2155 404 Firststrasse 15 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. Stempel

Wird von Pol Henry ausgefüllt:

Mandaten Ref. Nr.	Erfasst:	Bestätigung an Mitglied:
-------------------	----------	--------------------------