



Health Care Management e.V.
Institut an der
Philipps-Universität Marburg
Universitätsstr. 24

35032 Marburg

Anmeldeformular zum Studium Health Care Management¹

am Health Care Management e.V. Institut an der Philipps-Universität Marburg

Name: _____
geb. am _____ in _____

Straße und Hausnr.: _____

PLZ und Wohnort: _____

Tel.-Nr. und Fax-Nr.: _____

e-mail: _____

Arbeitgeber: _____

Position: _____

Straße und Hausnr.: _____

PLZ und Ort: _____

Tel.-Nr. und Fax-Nr.: _____

Wie sind Sie auf unser Programm aufmerksam geworden?

Hiermit melde ich mich rechtsverbindlich zur Teilnahme am Lehrgang, im Wintersemester/Sommersemester² _____ an.

Ich bin damit einverstanden, dass die Teilnahmegebühr in Höhe von 4.440,- Euro³ unter dem Stichwort „HCM Kostenstelle 1973011“ zugunsten des Kontos der Sparkasse Marburg-Biedenkopf (Kto.-Nr. 13028001, BLZ 533 500 00) nach Eingang meiner Anmeldung bzw. mit Beginn der Veranstaltung abgebucht wird. Hierzu erteile ich einen Abbuchungsauftrag von meinem Konto Nr. _____ bei der _____, BLZ _____.

Alternativ: Ich bitte um Rechnungsstellung (jeweils 50%) zum Veranstaltungsbeginn und zum Ende meines 1. Semesters.

Die Stornierungsfrist, innerhalb derer bis zum 15.02. bzw. 15.08. eines Jahres kostenlos von der Veranstaltung zurückgetreten werden kann und nach Versäumen dieser Fristen ein Stornierungsbetrag von 10 % der Teilnahmegebühr fällig wird, habe ich zur Kenntnis genommen. HCM e.V. behält sich vor, im Falle einer nicht ausreichenden Teilnehmerzahl, den Semesterstarttermin um ein Semester zu verschieben.

Ort und Datum

Unterschrift

¹ HCM e.V. verpflichtet sich, Ihre Daten vertraulich zu behandeln. Die im Rahmen der Mitgliedschaft oder des Kurses bekannt werdenden personenbezogenen Daten werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes verwaltet und geheimgehalten.

² Nichtzutreffendes bitte streichen, Jahreszahl bitte ergänzen

³ Mitarbeitern des Universitätsklinikums Gießen und Marburg GmbH, anderen Mitarbeitern dessen Trägers, Angehörigen der Philipps-Universität Marburg sowie Mitgliedern des Alumni-Vereins Medizin Marburg e.V. wird eine Ermäßigung von 25% (letzteren nur unter der Auflage, dass sie dem HCM e.V. als Mitglied beitreten), Mitgliedern von HCM e.V. wird eine Ermäßigung von 10% gewährt.



Health Care Management e.V.
Institut an der
Philipps-Universität Marburg
Universitätsstr. 24

35032 Marburg

Anmeldeformular Zur Mitgliedschaft im Verein¹

Health Care Management e.V. Institut an der Philipps-Universität Marburg

Name²: _____
Straße und Hausnr.: _____
PLZ und Wohnort: _____
Tel.-Nr. und Fax-Nr.: _____
e-mail: _____
Arbeitgeber³: _____
Position³: _____
Straße und Hausnr.: _____
PLZ und Ort: _____
Tel.-Nr.: _____

Ich möchte Mitglied im Verein „Health Care Management e.V., Institut an der Philipps-Universität Marburg“ werden

Ich bin damit einverstanden, dass der jährliche Beitrag in Höhe von 25,-- Euro für natürliche und 100,-- Euro für juristische Personen unter dem Stichwort „HCM Kostenstelle 1973011“ zu Gunsten des Kontos Nr. 13028001, BLZ 533 500 00 der Sparkasse Marburg-Biedenkopf abgebucht wird.

Hierzu erteile ich einen Abbuchungsauftrag von meinem Konto Nr. _____ bei der _____, BLZ _____.

Ort und Datum

Unterschrift

¹ Ihre Daten werden in vereinseigenen EDV-Systemen und in den EDV-Systemen des Schriftwartes und des Kassenwartes gespeichert. Die personenbezogenen Daten werden dabei durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt. Eine Weitergabe von Mitgliedsdaten an Vorstandsmitglieder oder sonstige Mitglieder erfolgt nur zur Wahrnehmung satzungsgemäßer Rechte.

² Bei juristischen Personen bitte den Namen der Institution / Organisation und eines Repräsentanten eingeben.

³ Keine Angaben bei juristischen Personen.