

**IntensivCare GmbH**

Zollstrasse 21

41460 Neuss

Telefon: +49 (0) 2131/ 73 96 331

Fax: +49 (0) 2131/ 75 288 16

[info@intensivcare-neuss.de](mailto:info@intensivcare-neuss.de)[www.intensivcareneuss.de](http://www.intensivcareneuss.de)**IntensivCare**GmbH[www.intensivcare.com](http://www.intensivcare.com)**Telefax (02131) 75 288 16****Seminaranmeldung:** \_\_\_\_\_**Seminartitel:** \_\_\_\_\_**Ort / Datum:** \_\_\_\_\_ Intensiv Care Mitarbeiter  Nicht Intensiv Care Mitarbeiter**Verpflegung:** In der Standort Neuss ist ein Mittagessen in nahe liegender Gastronomie, Imbissstuben oder Bäckereien möglich.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melde(n) ich/wir mich/uns zu o. g. Seminar unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen verbindlich an.

**Teilnahmebedingungen:**

Anmeldungen sind verbindlich. Sie werden nach der Reihenfolge ihres Eingangs bei der zuständigen Geschäftsstelle berücksichtigt. Im Falle der Überbuchung wird der Anmeldende unverzüglich informiert. Zusammen mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie eine Rechnung; die Teilnahmegebühr ist mit Rechnungszustellung fällig. Bei schriftlich erklärtem Rücktritt des Seminarteilnehmers, der uns spätestens am 11. Tag vor dem Veranstaltungstermin erreicht, entfällt die Teilnahmegebühr. Wird der Rücktritt später erklärt, ist der Intensiv Care GmbH berechtigt, Mitgliedern 50% und Nichtmitgliedern 70% der Teilnahmegebühr (jeweils der Teilnahmegebühr vor Abzug evtl. Rabatte) zu berechnen, sofern eine Weitervermittlung nicht mehr möglich ist. Scheidet ein Teilnehmer im Laufe der Fort-/Weiterbildungsmaßnahme aus, erfolgt keine — auch nicht anteilige — Rückerstattung der Gebühren. Bei Absage der Veranstaltung wegen zu geringer Nachfrage oder infolge höherer Gewalt (z.B. Erkrankung des Dozenten) wird der Veranstaltungspreis erstattet. Ein darüber hinaus gehender Anspruch auf Schadensersatz gegen der Intensiv Care GmbH entsteht nicht, außer bei vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten.

**Zahlungsart:****Überweisung nach Rechnungserhalt****Für Urkunde bitte deutlich schreiben!**

Vor- und Zuname Teilnehmer/in \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname Teilnehmer/in \_\_\_\_\_

**Absender:**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon und FAX: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum/ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Intensiv Care GmbH  
Zollstraße 21  
41460 Neuss  
DeutschlandGeschäftsführer:  
Vahid Baradaran  
Martha QuirogaAmtsgericht:  
Neuss HRB 17088  
IK: 462517075  
Betriebsnummer: 25692221Sparkasse Neuss  
Steuernummer: 122/5738/ 5672  
KTN : 93408482  
BLZ : 30550000  
BIC WELADEDNXXX  
IBAN13 3055 00000093 4084 82