

Versuchstierkundliche Kurse Anmeldeformular

Kontaktdaten (bitte vollständig angeben)

Herr Frau

Akademischer Titel: _____

Vorname(n): _____ Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: : _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Berufsausbildung _____ Position: _____

Muttersprache: _____

Anschrift der Einrichtung

Institution: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Rechnungsanschrift

Empfänger: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgenden Kurs an (Auswahl per Drop-Down):

Basiskurs:

Aufbaukurs:

Preise (brutto)	Basiskurs		Aufbaukurs		Kombipaketpreis Basis- und Aufbaukurs *	
Nutzergruppe 1	990,00 €		990,00 €		1.900,00 €	
Nutzergruppe 2	1.250,00 €		1.250,00 €		2.375,00 €	
Nutzergruppe 3	1.400,00 €		1.400,00 €		2.660,00 €	

Nutzergruppe 1 = Technische Universität München, MRI
Nutzergruppe 2 = MPI für Biochemie / Psychiatrie / Neurobiologie / Ornithologie, LMU München,
Städtisches Veterinäramt, DZNE, ROB
Nutzergruppe 3 = Andere Einrichtungen

Teilnehmerzahl: Max. 22 Personen

Die Teilnahme an dem Webinar und der Versand der digitalen Unterlagen für das Webinar erfolgen erst nach Eingang der Anmeldegebühr bzw. bei Vorlage der Kostenübernahmeerklärung.

(Siehe: [Anmelde- und Teilnahmebedingungen mit Datenschutzerklärung](#))

Hiermit melde ich mich verbindlich für das „Come Together“ am Dienstagabend der Kurswoche an (mind. Teilnehmerzahl 5 Personen, Selbstzahler):

Ja Nein

Kostenübernahme-Erklärung des Kostenträgers

Die genannte Kostenstelle übernimmt voll umfänglich die Nutzungsgebühr und akzeptiert mit der Unterschrift und dem Stempel die Einwilligungserklärung des ZPF.

Kostenstelle/ Vorgangsnummer Kostenträger:

Unterschrift und Stempel des Kostenträgers:

Bei ausländischen Institutionen ist die Angabe der Umsatzsteuer-ID Nr./ VAT unbedingt erforderlich.

ID-Nr./ VAT:

Kurssprache

Die Kurssprache ist deutsch.

Angaben zur Kursverpflegung: vegetarisch

- Hiermit bestätige ich, dass ich [die Anmelde- und Teilnahmebedingungen mit Datenschutzerklärung](#) gelesen habe und damit einverstanden bin.**

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Hinweis: Bitte schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anmeldeformular als PDF-Datei an folgende E-Mailadresse: ausbildungszentrum.zpf.med@tum.de