

## 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 *	
<b>Nutzergruppe 1</b>	990,00 €		990,00 €		<b>1.900,00 €</b>	
<b>Nutzergruppe 2</b>	1.250,00 €		1.250,00 €		<b>2.375,00 €</b>	
<b>Nutzergruppe 3</b>	1.400,00 €		1.400,00 €		<b>2.660,00 €</b>	

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

### Teilnehmerzahl: Max. 22 Personen

Im Falle von Live-Online-Seminaren erfolgen der Versand der LOGIN-Zugangsdaten sowie der Kursunterlagen 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 (entfällt bei Live-Online-Seminaren; 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](mailto:ausbildungszentrum.zpf.med@tum.de)