

## Kompetenz und Persönlichkeit

### Verbindliche Anmeldung für:

Seminar-Nr. / Titel

Name

Straße

PLZ / Ort

Tel. privat

Tel. mobil

Beruf

Email

Geburtsdatum

weiblich

männlich

#### Rechnungsanschrift (falls abweichend)

Name

Straße

PLZ/Ort

Wir melden unsere/n Mitarbeiter/in an  
Ich bin selbstständig/freiberuflich tätig

ja

ja  nein

#### Zahlungswunsch

- Die Seminargebühr wird **2 Wochen vor** Seminar- bzw. Abschnittsbeginn überwiesen.
- Ein SEPA-Basis-Lastschriftmandat liegt Ihnen bereits vor/ist beigelegt (siehe nächste Seite)

Ich bitte um Abschluss einer **Seminarversicherung** (siehe übernächste Seite)

#### Zimmerwunsch (incl. Vollpension)

- 2-Bett-Zimmer
- Einzelzimmer – wenn frei – sonst 2-Bett-Zimmer im Haus
- Nur Einzelzimmer. Wenn keines im Haus frei ist, bestellen Sie mir bitte ein Zimmer im Gasthof.
- Ich möchte keine Zimmerreservierung, nur Vollpension
- Ich möchte keine Zimmerreservierung, nur Mittag- und Abendessen.  
(Bei Unterbringung außerhalb unserer Tagungshäuser kann nur das Frühstück abgewählt werden.)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten an andere Seminarteilnehmende (z. B. zur Bildung von Fahrgemeinschaften) weitergegeben werden (ggf. bitte streichen).

Ich habe von den **Allgemeinen Geschäftsbedingungen** Kenntnis genommen und erkenne sie für mich und die von mir angemeldeten Personen ausdrücklich an.

Wir weisen darauf hin, dass gemäß § 312g Abs. 2 Nr. 9 BGB kein Widerrufsrecht aus Fernabsatzverträgen für Verbraucher besteht. Ihre Buchung können Sie im Rahmen der in den AGB genannten Bedingungen stornieren.

Ort, Datum

Unterschrift

**Kompetenz und Persönlichkeit**

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

**Mandatsreferenznummer:**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81OIZ00000264000

Ich ermächtige/Wir ermächtigen das Odenwald-Institut, Zahlungen von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Odenwald-Institut auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name Kontoinhaber/-in \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

**Zahlungsart:           Wiederkehrende Zahlung**

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Kompetenz und Persönlichkeit

### Seminar-Versicherung mit Selbstbeteiligung (20%)

Ich bitte um Abschluss einer Seminarversicherung bei der Europäischen Reiseversicherung AG

**für Seminar:** \_\_\_\_\_

Name (bei Familienkursen bitte Name(n) und Geburtsdatum der Kinder und des Partners \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie,** dass bei Aus- und Weiterbildungen jeder Abschnitt einzeln versichert werden kann.

Ich bitte um Abschluss für folgende einzelne Termine:

### Jahresversicherung

(empfohlen für Aus- und Weiterbildungen) Bitte kreuzen Sie den Versicherungsbetrag/-umfang an.

#### Jahres-RRV-Topschutz

	Einzelpersonen <b>(mit SB 20%)</b>		Einzelpersonen <b>(ohne SB)</b>	
	bis 64 Jahren	ab 65 Jahren	bis 64 Jahren	ab 65 Jahren
€ 1.000	<input type="checkbox"/> 34,- €	<input type="checkbox"/> 74,- €	<input type="checkbox"/> 59,- €	<input type="checkbox"/> 109,- €
€ 1.500	<input type="checkbox"/> 44,- €	<input type="checkbox"/> 84,- €	<input type="checkbox"/> 69,- €	<input type="checkbox"/> 119,- €
€ 2.000	<input type="checkbox"/> 54,- €	<input type="checkbox"/> 99,- €	<input type="checkbox"/> 79,- €	<input type="checkbox"/> 149,- €

Die Jahresversicherung kann nur mit Abgabe Ihrer SEPA-Basis-Lastschriftmandats und Ihres Geburtsdatum abgeschlossen werden und die Entfernung von Ihrem Wohnort zu uns muss mehr als 50 km betragen.

**Zahlung:** Sofern uns kein SEPA-Basis-Lastschriftmandat von Ihnen vorliegt, ist die Prämie sofort zur Zahlung fällig. Andernfalls buchen wir den Betrag von Ihrem Konto ab. Sie erhalten von uns nach Abschluss der Versicherung eine Rechnung per Post. Ich habe von den Versicherungsbedingungen für Reiseversicherungen der Europäischen Reiseversicherung AG Kenntnis genommen und erkenne sie an.

Ort, Datum

Unterschrift