

Anmeldung



Train-the-Trainer-Grundlagenseminar

Fax-Antwort an die von Roche Diagnostics Deutschland GmbH beauftragte Agentur

CONTEC Marketing Services GmbH & Co. KG
 Heidi Rudzitis / Lena Eberhard
 Besselstrasse 26 a
 68219 Mannheim

Fax-Nr. (0621) 46 28 581
 Tel.-Nr. (0621) 46 28 580

Anschrift Schulungszentrum/Absender:

Tel.-Nr. _____

Fax-Nr. _____

◆ Wir melden uns verbindlich an für folgendes Seminar:

- 27./28.01.17 Mannheim
- 12./13.05.17 Berlin
- 15./16.09.17 Köln
- 10./11.11.17 München

Die Namen der Teilnehmer sind: (Bitte in Druckbuchstaben schreiben)

Arzt	med. Assistenz- personal	Übernachtung im	
		Einzel- zimmer	Doppel- zimmer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Seminarkosten staffeln sich wie folgt:
 pro Schulungsteam (3 Pers.): **EUR 625,-**
 pro Schulungsteam (2 Pers.): **EUR 560,-**
 pro Schulungsteam (1 Pers.): **EUR 495,-**
 inkl. SPOG-Schulungsprogramm

Der Preis für jeden weiteren Teilnehmer beträgt
EUR 160,-

- Die Seminarkosten für Teilnehmer aus bestehenden Schulungseinrichtungen belaufen sich auf **EUR 160,-** pro Person (ohne SPOG-Programm)

Bitte weiter auf Seite 2!

Einwilligung/Genehmigung des Unternehmens bzw. des Arbeitgebers



Train-the-Trainer-Grundlagenseminar

Aus rechtlichen Gründen (Transparenz- und Genehmigungsprinzip wie im "Gemeinsamen Standpunkt" der Verbände für den Klinikbereich sowie in den Anti-Korruptionsnormen des StGB niedergelegt) ist es erforderlich, dass Ihr Arbeitgeber bzw. Dienstherr mit unserer Unterstützung und Ihrer Teilnahme an der Veranstaltung einverstanden ist und diese genehmigt. **Ohne vorliegende Einwilligung/Genehmigung ist eine Teilnahme an unserer Veranstaltung nicht möglich.**

Die Gewährung der Unterstützung wird hierbei in keinerlei Zusammenhang mit etwaigen Geschäftsbeziehungen zwischen uns und Ihrer Einrichtung stehen. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Gewährung der Unterstützung nicht in der Erwartung erfolgt, dass diese Unterstützung bei zukünftigen Beschaffungsentscheidungen zugunsten von Produkten unseres Unternehmens Berücksichtigung findet. Wir dürfen Sie daher bitten, dieses Formular auch von Ihrer Verwaltung bzw. von Ihrem Arbeitgeber unterschreiben zu lassen.

Einwilligung/Genehmigung

für folgende Teilnehmer:

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Titel, Vorname, Name

Wir genehmigen hiermit die Teilnahme an der oben genannten Veranstaltung, sowie die Teilnahme an möglichen Arbeitsessen in sozialadäquatem Rahmen mit Mitarbeitern der Firma Roche Diagnostics Deutschland GmbH (RDD) im Rahmen der Veranstaltung sowie die Teil-Kostenübernahme durch die RDD.

Unterschrift (Dienstherr / Arbeitgeber)

Datum und Stempel (Dienstherr / Arbeitgeber)

Name in Druckbuchstaben

Funktion (Dienstherr / Arbeitgeber)