

	Thema _____		
Veranstaltungs-Nr. _____	Gebühr _____ €	Anzahl Seminartage _____	
Termin _____	Mitgliedseinrichtung DW M-V e.V. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

3. Stornierungsbedingungen

- a) Stornierungen sind grundsätzlich möglich. Diese müssen in Textform in der zuständigen Bildungsstätte eingereicht werden.
- b) Stornierungen sind bis 15 Tage vor Veranstaltungsbeginn kostenfrei. Ab dem 14. Tag vor Veranstaltungsbeginn sind Stornierungen weiterhin kostenfrei, wenn ein/e geeignete/r Ersatzteilnehmer/in benannt wird.
- c) Bei einer Stornierung ab dem 14. Tag vor Veranstaltungsbeginn werden 80 %, bei Stornierung oder Nichterscheinen ab Veranstaltungsbeginn werden 100 % der ausgewiesenen Gebühren berechnet. Ausnahme bildet die Vorlage einer persönlichen Krankschreibung. Hier sind in diesem Fall innerhalb der Fristen immer nur 25 % der ausgewiesenen Gebühren zu zahlen. Die Krankschreibung muss innerhalb einer Woche nach Veranstaltungsbeginn in der zuständigen Bildungsstätte in Kopie eingehen. **Auszug aus: B) Besondere Teilnahmebedingungen**

Bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen!

	Teilnehmende/r Name _____		Vorname _____	
Anschrift _____				
Telefon/Fax _____		Geburtsdatum _____		
E-Mail (für Anmeldebestätigung) _____				

	Einrichtung _____		Träger _____
Anschrift der Einrichtung _____		Anschrift des Trägers _____	
Funktion der Einrichtung _____		_____	
Telefon/Fax _____		_____	
E-Mail _____		Telefon/Fax _____	

Rechnungsempfänger (bitte ankreuzen): Teilnehmende/r Einrichtung Träger

Anerkennung der Teilnahmebedingungen und Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der personenbezogenen Daten gemäß Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die vollständigen Teilnahmebedingungen, insbesondere die Stornierungsbedingungen der Diakonisches BildungsZentrum Mecklenburg-Vorpommern gGmbH, die ich im aktuell gültigen Jahresprogramm oder unter www.diakonisches-bildungszentrum.de nachgelesen habe, an.

Mit dieser Anmeldung willige ich in die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Weitergabe aller zuvor genannten Daten zur Umsetzung und Nachbereitung der betreffenden Bildungsveranstaltung im Rahmen der vertraglichen Erfüllung und gesetzlichen Verpflichtung ein.

 _____
Datum/Unterschrift Teilnehmende/r

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass mir die DBZ M-V gGmbH Fort- und Weiterbildungsangebote digital und nichtdigital zusenden darf. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. (siehe <https://www.diakonisches-bildungszentrum.de/datenschutz>)

 _____
Datum/Unterschrift Teilnehmende/r