

## Anmeldebogen

Rücksendung per Mail

E-Mail: DE-medical-academy@corza.com

### Bitte unbedingt ausfüllen!

Name des Außendienst-  
mitarbeiters / KAM

E-Mail: DE-medical-academy@corza.com

## Hands-on-Kurs Basale Zugangstechniken in der Neurochirurgie

Rostock

15. – 16.04.2024

12. – 13.09.2024

### Bitte in Druckschrift ausfüllen:

Klinik

Abteilung

Titel, Vorname, Name

Straße (bitte Klinikanschrift angeben)

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich mit der Speicherung meiner E-Mail-Adresse, zusätzlich zu den schon bei Corza Medical GmbH vorhandenen Daten, einverstanden. Die E-Mail-Adresse findet ausschließlich Verwendung durch Corza Medical GmbH für den Versand von allgemeinen Informationen oder werblichen Unterlagen wie zum Beispiel Newsletter (freiwillige Einwilligung).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Erfahrung in der Neurochirurgie:**  > 4 Jahre  > 3 Jahre  > 2 Jahre

### Teilnahmegebühr:

Die Teilnahmegebühr von 150,- € überweise ich innerhalb von 7 Tagen nach der Anmeldebestätigung auf das Konto:  
Kontoinhaber: Universitätsmedizin Rostock, Kreditinstitut: Deutsche Bundesbank, IBAN: DE16 1300 0000 0013 0015 31, BIC: MARKDEF1130  
Verwendungszweck: 992296, Neurochirurgischer Kurs, Kursdatum

### Stornierungsbedingungen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine kostenfreie Stornierung bis 30 Tage vor Veranstaltungstermin möglich ist. Bei späterer Absage sind die vollen Kursgebühren zu tragen.

### Anreise:

Die Anreise erfolgt individuell. Reisekosten können von der Corza Medical GmbH leider nicht übernommen werden.

Ich nehme Ihr Angebot zur Teilnahme an o.g. Veranstaltung an. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der o.g. Veranstaltung ausschließlich auf eigene Gefahr erfolgt und ich daher unwiderruflich auf Ansprüche anlässlich dieser Veranstaltungsteilnahme, gleich aus welchem Rechtsgrund, gegen die Corza Medical GmbH, ihre Gesellschafter, Geschäftsführer und Mitarbeiter verzichte. Mit der Anmeldung erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Abwicklung der Veranstaltungsteilnahme durch die Corza Medical GmbH und die mit der Organisation beauftragten Dritten EDV-mäßig verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Teilnehmers / der Teilnehmerin