

Verbindliche Anmeldung / Kostenübernahmeerklärung

zur Ausbildung/Weiterbildung/ Kurs: _____

Datum/Beginn/Zeitraum: _____

Preis / Kostenvoranschlag vom: _____

Die Rechnungs-Zahlung von Schulungen / Lehrgängen jeglicher Art ist **vor Beginn** der Veranstaltung fällig. Sie können vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie uns den Rücktritt unter Einhaltung einer Frist von einer Woche vor Beginn der Schulung mitteilen. Erfolgt der Rücktritt nicht fristgerecht, so sind Sie zur Zahlung des vollen Entgelts verpflichtet. Bei Rücktritt im Krankheitsfall ist eine ärztliche Bestätigung erforderlich.

Wir haben das Recht, Schulungen / Lehrgänge aus wichtigem Grund, z. Bsp. bei nicht ausreichender Teilnehmeranzahl abzusagen. Bereits gezahlte Entgelte werden in diesem Fall erstattet.

Kursteilnehmer

| | | | |
|-----------------|--|----------------------|--|
| Name: | | Geb. – Datum: | |
| Vorname: | | Geb. – Ort: | |
| Straße: | | PLZ und Ort: | |
| Telefon: | | E-Mail: | |

Kostenübernahmeerklärung

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Kosten für oben genannten Teilnehmer. Firmeninformationen / Rechnungsanschrift:

| | |
|-------------------------|--|
| Unternehmen: | |
| Ansprechpartner: | |
| Anschrift: | |
| Telefon, Fax: | |
| E-Mail: | |

Der Teilnehmer/Arbeitgeber bestätigt mit seiner Unterschrift die **Richtigkeit und Vollständigkeit** aller genannten Daten. Nach Erhalt der Rechnung erfolgt der Ausgleich des Rechnungsbetrages innerhalb des aufgeführten Zahlungszieles.

Ich wurde darüber belehrt, dass Fragen, die die private oder berufliche Erforderlichkeit der Schulung betreffen, oder Fragen, die im Zusammenhang mit dem Bestand oder der Wirksamkeit einzelner Fahrerlaubnisklassen stehen, vom Teilnehmer selbst zu klären sind. Der Bildungsanbieter erteilt zu den vorgenannten Fragen keinerlei verbindliche Auskünfte und kann nur beratend tätig werden.

Ort, Datum, Unterschrift Kursteilnehmer

Ort, Datum, Unterschrift / Stempel Arbeitgeber

15890 Eisenhüttenstadt
Straße der Republik 2
www.atwzentrum.de

Telefon: (03364) 28 37 00
Fax: (03364) 77 496 77
Steuer-Nr: 061/157/24701
info@atwzentrum.de

Dresdner Bank
IBAN: DE98160800004302117800
BIC: COBADEFF172