

ANTRAG ZUR ZERTIFIKATS-NEUAUSSTELLUNG

Hiermit beantrage ich eine Neuausstellung des Zertifikats für folgenden Kurs:

Kurs-Nr./Bezeichnung: _____

Kosten: 25 € zzgl. 19 % MwSt. *
80 € zzgl. 19 % MwSt. (Wundexpert*innen- und Fachtherapeut*innen-Kurse ICW®) *
* Abweichungen sind möglich

Name/Geburtsname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße/Nr.	
PLZ/Wohnort	
Telefon privat	
E-Mail-Adresse	

Nach Erhalt des Antrags zur Neuausstellung des Zertifikats erhalten Sie von uns die Rechnung. Nach Eingang des Rechnungsbetrages auf unserem Konto schicken wir Ihnen das Zertifikat an die oben angegebene Adresse. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dem Verfahren zu und der Antrag gilt als verpflichtend.

Die angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Bei Vertragsende werden Ihre Daten nach Beendigung der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten gelöscht.

Hamburg, den

Unterschrift Teilnehmer*in


Lembke
Seminare und Beratungen GmbH