

ANMELDUNG

Hiermit bestätige ich meine **verbindliche** Teilnahme am Kurs:

Kursname:

Datum:

Kursort:

Ich reise: Mit Auto

Mit Zug

Medtronic übernimmt die Kosten des Teilnehmers für die An- und Rückreise vom Arbeits- bis zum Austragungsort mit öffentlichen Verkehrsmitteln (1. Klasse) sowie das von Medtronic organisierte Mittagessen vor Ort. Etwaige Rückerstattungen können nur auf der Grundlage von Originalbelegen erfolgen.

Name des Teilnehmers:

Klinik / Praxis:

Adresse:

Telefon / E-Mail:

Datum / Unterschrift des Teilnehmers:

Ernährungseinschränkungen:

Im Zusammenhang mit Ihrer Anmeldung für das Training benötigen wir eine Bestätigung, dass Sie entweder:

- 1) Selbstständig **erwerbend** sind und nicht mit einer medizinischen Institution verbunden sind oder.
- 2) Ihre medizinische Institution von dem Training und den zugrundeliegenden Bedingungen, einschliesslich der finanziellen Unterstützung durch Medtronic unterrichtet und hiermit. einverstanden ist.

Bitte wählen Sie die für Sie zutreffende Alternative:

Alternative 1: Ich bestätige hiermit, dass ich selbstständig **erwerbend** und nicht mit einer medizinischen Institution verbunden bin.

Datum und Unterschrift des Teilnehmers:

Alternative 2: Wir bestätigen hiermit, dass der Teilnehmer mit unserer medizinischen Institution verbunden ist und dass wir mit seiner Teilnahme an dem Training zu den angegebenen Bedingungen, einschliesslich der finanziellen Unterstützung durch Medtronic, einverstanden sind.

Name der medizinischen Institution:

Datum und rechtsgültige Unterschrift des Arbeitgebers:

Mit seiner Unterschrift auf dieser Anmeldung berechtigt der Teilnehmer Medtronic, Personendaten in einer globalen Datenbank zum Zwecke der Durchführung der Vereinbarung zu speichern und zu nutzen. Der Teilnehmer ist weiter damit einverstanden, dass diese Daten an die Muttergesellschaft Medtronic Inc. sowie, bei entsprechender Verpflichtung, an Aufsichtsbehörden von Medtronic, weitergeleitet werden können.

Medtronic

Further, Together