**S-C-D**
**Seminar-Centrum-Düsseldorf**
**Ikenstr. 66**
**40625 Düsseldorf**
**s-c-d@web.de**
**Tel: 0211 / 92 92 55 7 Fax: 0211 / 292 74 74**

# Anmeldung

Zum Vorbereitungsseminar „ Sachkundenachweis für freiverkäufliche Arzneimittel “ und der nachfolgenden Prüfung bei der IHK melden wir verbindlich an.

**Seminartermin:** **Prüfungstermin:**

**Seminarort:** **Prüfungsort:**

**Teilnehmer: Name:**

**Vorname:**

**evtl. Geburtsname:**

**Geburtsdatum:**

**Geburtsort:**

**Staatsangehörigkeit:**

**PLZ Wohnort:**

**Straße mit Hausnummer:**

**E-Mail:**

**Übernachtung (bitte ankreuzen):** **ja ( )** **nein ( )**

**Übernachtung am Abend vor Seminarbeginn: (bitte ankreuzen)** **ja ( )** **nein ( )**

**Rechnungsadresse:**

**Marktnummer:**

**Tel/Fax:**

Stempel / Unterschrift

Das Seminar umfasst 3 Tage von 9.oo-17.oo Uhr
Seminarkosten 235.- EUR zzgl. MWST
Kosten beinhalten: Schulungsmaterialien + Drogen, Einladung zum Seminar, auf Wunsch auch Hotelbuchung
Nicht enthalten: IHK Prüfungsgebühren, Unterkunfts- und Verpflegungskosten