

## CRM Basisseminar Online

CRM Basisseminar Online  
Wann immer Sie möchten – Wo immer Sie möchten!

Seminargebühr: 99,- € (inkl. MwSt.)

## CRM Refresherseminar Online

CRM Refresherseminar Online  
Wann immer Sie möchten – Wo immer Sie möchten!

Seminargebühr: 79,- € (inkl. MwSt.)

## CRM Impfseminar

04.12.2020 München

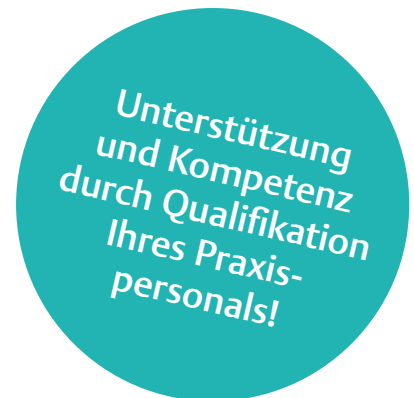
Seminargebühr: 245,- € (inkl. MwSt.)

## 21. Forum Reisen und Gesundheit

06. - 07.03.2020 Berlin

Reisemedizinische Fortbildung im Rahmen der ITB Berlin 2020

Seminargebühr: 245,- € (inkl. MwSt.)



## Fortbildungsmanagement

Tel.: 0211/904 29-45

Fax: 0211/904 29-98

E-Mail: [fortbildung@crm.de](mailto:fortbildung@crm.de)



### CRM Qualitätsversprechen

Dieses Versprechen beinhaltet eine Service-, Qualitäts- und Zufriedenheitsgarantie. Weitere Informationen unter: [www.crm.de/qualität](http://www.crm.de/qualität).

### Allgemeine Geschäftsbedingungen

Die Fortbildungen werden auf Basis unserer Allgemeinen Geschäftsbedingungen durchgeführt. Diese können Sie unter [www.crm.de/AGB](http://www.crm.de/AGB) einsehen. Bei Bedarf senden wir Ihnen die AGB auch gerne per Fax zu.

### Hinweis zum Forum Reisen und Gesundheit

CRM travel.NET und CRM travel.NETplus Mitglieder erhalten **10% Nachlass**. Melden sich mehrere Personen aus einer Praxis oder einem Betrieb an, erhält die zweite und jede weitere Person **25% Nachlass**. Das Forum wird auch als Refresherseminar anerkannt.

Hiermit melde ich mich verbindlich zu der angekreuzten Fortbildung an! Teilnehmer:

\_\_\_\_\_  
Titel/Zusatzbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Firmenbezeichnung/Vorname und Name (Kontoinhaber)

Zahlungsweise:  Überweisung nach Rechnungserhalt  vom Konto abbuchen

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen.

**\*SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige die CRM Centrum für Reisemedizin GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der CRM Centrum für Reisemedizin GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE7022Z00000060789

CRM Centrum für Reisemedizin GmbH | Hansaallee 299 | 40549 Düsseldorf | [www.crm.de](http://www.crm.de)

Rechnungsanschrift:

\_\_\_\_\_  
Praxis, Firma

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail (erforderlich für Login – daher bitte unbedingt angeben)

### Newsletter-Anmeldung

Ich möchte den Newsletter CRM spot mit aktuellen Meldungen zu reisemedizinischen Themen sowie Informationen zu Produkten und Dienstleistungen der CRM Centrum für Reisemedizin GmbH und ausgewählter Kooperationspartner aus der Gesundheitsbranche regelmäßig (ca. 4x im Monat) erhalten. Versand und anonyme Auswertung des Newsletters erfolgen über unseren Dienstleister. Ich stimme der Verwendung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten hierfür zu. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, indem ich den Link **Abmelden** am Ende des Newsletters anklicke.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Oder melden Sie sich online an unter [www.crm.de/newsletter](http://www.crm.de/newsletter)

