

**SEMEDI – medizinische Seminare**  
**Kirchstraße 20**  
**01983 Großräschen**

per Fax: 035753 – 499 901

## Anmeldung

(Bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen und ankreuzen!)

Herr       Frau

.....  
Name/Vorname Teilnehmer/in

.....  
Straße

.....  
PLZ/Wohnort

.....  
Geburtsdatum      Geburtsort

.....  
Telefon/Fax (tagsüber erreichbar)

.....  
E-Mail

### Bitte ankreuzen:

- Ich nehme an der IHK-Prüfung teil.  
 Ich möchte nicht an der IHK-Prüfung teilnehmen.  
 Bitte bieten Sie mir das Übernachtungspakt an!  
(Nur bei 5-Tage-Block-Variante!)

### Fortbildungsgebühr:

Weiterbildung zum/zur Berater/-in für Darmgesundheit € 1.240,-

Die Weiterbildungsgebühr versteht sich zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer  
(1.240,- € + 235,00 € = 1.475,60 €)

Prüfungsgebühr in Höhe von 120,00 € wird nach Prüfungsabnahme  
von der IHK erhoben.

Die Weiterbildungsgebühr enthält ausführliche Weiterbildungsunterlagen im  
Seminarordner, Versorgung im Seminarraum und in den Seminarpausen,  
Mittagessen sowie eine gratis Stuhlanalyse (anonymisiert).

Es gelten die AGB's unter [www.semedi.de](http://www.semedi.de) die mit der Unterschrift zur  
Seminaranmeldung anerkannt werden.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift Teilnehmer/in

**Berater**  
für Darmgesundheit (IHK)



**Bitte den gewünschten Kurs ankreuzen!**

- Stolberg (Südharz)**, 03.05. – 07.05.2021  
(5-Tage-Block)
- Karlsruhe**, 24.09. – 26.09.2021 und 18.10. – 19.10.2021
- Friedewald (Hessen)**, 15.11. – 19.11.2021  
(5-Tage-Block)

.....  
Firma/Apotheke/Einrichtung

.....  
Inhaber

.....  
Straße

.....  
PLZ/Ort

.....  
Telefon/Fax

.....  
E-Mail

### Bitte ankreuzen:

- Rechnung an Privatadresse  
 Rechnung an Firmen-/ Praxis-/ Apothekenadresse

Die Firma übernimmt das Weiterbildungsentgelt für den/die  
genannten Teilnehmer/in. Im Falle dieser Übernahme gelten die  
AGB's unter [www.semedi.de](http://www.semedi.de), die mit der Unterschrift anerkannt  
werden.

.....  
Ort/Datum

Firmenstempel

.....  
Unterschrift