

## Anmeldebogen

Rücksendung per Mail

E-Mail: DE-medical-academy@corza.com

### Bitte unbedingt ausfüllen!

Name des Außendienst-  
mitarbeiters / KAM

E-Mail: DE-medical-academy@corza.com

## Trainingskurs für minimalinvasive Chirurgie am P.O.P-Trainer

Magdeburg  05.11.2026

### Bitte in Druckschrift ausfüllen:

Klinik

Abteilung

Titel, Vorname, Name

Straße (bitte Klinikanschrift angeben)

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich mit der Speicherung meiner E-Mail-Adresse, zusätzlich zu den schon bei Corza Medical GmbH vorhandenen Daten, einverstanden. Die E-Mail-Adresse findet ausschließlich Verwendung durch Corza Medical GmbH für den Versand von allgemeinen Informationen oder werblichen Unterlagen wie zum Beispiel Newsletter (freiwillige Einwilligung).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Funktion**  Chefarzt  Oberarzt  Facharzt  Assistenzarzt im \_\_\_\_\_ Ausbildungsjahr

### Teilnahmegebühr:

Die Teilnahmegebühr von 100,- Euro überweise ich innerhalb von 7 Tagen nach der Anmeldebestätigung auf das Konto:  
Kontoinhaber: AdCOM event & promotion gmbh, Kreditinstitut: Sparkasse Magdeburg, IBAN: DE69 8105 3272 3000 0133 33, BIC: NOLADE21MDG  
Verwendungszweck: Magdeburger Chirurgengespräch MIC Workshop 2025

### Stornierungsbedingungen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine kostenfreie Stornierung nur bis 21 Tage vor Veranstaltungstermin möglich ist; bei Stornierung bis 14 Tage vor Veranstaltung müssen 50% der Kosten übernommen werden; bei einer späteren Absage sind die kompletten Kosten zu tragen.

### Anreise:

Die Anreise erfolgt individuell. Reisekosten können von der Corza Medical GmbH leider nicht übernommen werden.

Ich nehme Ihr Angebot zur Teilnahme an o.g. Veranstaltung an. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der o. g. Veranstaltung ausschließlich auf eigene Gefahr erfolgt und ich daher unwiderruflich auf Ansprüche anlässlich dieser Veranstaltungsteilnahme, gleich aus welchem Rechtsgrund, gegen die Corza Medical GmbH, ihre Gesellschafter, Geschäftsführer und Mitarbeiter verzichte. Mit der Anmeldung erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Abwicklung der Veranstaltungsteilnahme durch die Corza Medical GmbH und die mit der Organisation beauftragten Dritten EDV-mäßig verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Teilnehmers / der Teilnehmerin