**Anmeldung
Seminar BIA Professional Praxis**

**Seminarort: Fachhochschule St. Pölten GmbH**

Matthias Corvinus-Straße 15, 3100 St. Pölten

**Datum & Zeit:** Freitag 28. Juni (10-17 Uhr) – Samstag 29. Juni (9-16) inkl. Pausen

**Kosten: Frühbucherbonus bis zum Fr 21.12.2018: 310,00 € inkl. Mwst.**

 **Normalpreis ab 22.12.2018: 480,00 € inkl. Mwst.**

**Inkl. Genusspausen vormittags & nachmittags, exkl. Mittagessen**

**10 % Rabatt für alle, die 2017-2018 ein von mir angebotenes Seminar besucht haben!**

 **Überweisung fällig spätestens 14 Tage nach Rechnungserhalt**

Diese Seminarreihe ist ausschließlich für qualifizierte Ernährungsfachkräfte und ErnährungsmedizinerInnen zugänglich!

[ ]  Ja, ich habe Anspruch auf **10 % Rabatt**. Folgendes Seminar habe ich 2017-2018 bei Edburg Edlinger besucht:

**Seminartitel**

**Anmeldungsfrist: Freitag, 5. April 2019**

Wird die Mindestteilnehmeranzahl nicht erreicht bis 5.4.2019, kann die Veranstalterin die Seminarreihe absagen. Die TeilnehmerInnen werden darüber unverzüglich informiert.

Die Rechnungslegung erfolgt spätestens am 6.4.2019. Sie erhalten die Teilnahme- und Zahlungsbestätigung am Seminartag.

**Stornobedingungen:**

Ausgenommen bei Krankheit (mit Arztbestätigung) gelten folgende Stornobedingungen:

Absage 14 Tage bis 7 Tage vor Seminarbeginn: 30 % Stornogebühr des Seminarpreises

Absage 6 bis 3 Tage vor Seminarbeginn: 50 % Stornogebühr des Seminarpreises

Absage ab 2 Tagen vor Seminarbeginn: 100 % der Seminarkosten werden in Rechnung gestellt.

Bei Nichtteilnahme ohne schriftliche Stornierung ist die gesamte Seminargebühr zu entrichten.

Sollte man am Seminar aus anderen Gründen nicht teilnehmen können, ist eine Übertragung auf eine andere Fachperson (Diätologin oder vergleichbar) möglich.

**Rechnungsanschrift (bitte ankreuzen)**

[ ]  eigene Kostenübernahme (siehe Privatadresse)

[ ]  ArbeitgeberIn (siehe Firmenanschrift); AnsprechpartnerIn:

**Kontaktadresse privat:**

Titel, Familienname, Vorname

Strasse, PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

**Kontaktadresse Firma**

Firma UID Nummer (für Deutschland, Italien)

Strasse, PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

**Berufsausbildung**

[ ]  Arzt / Ärztin mit Zusatzausbildung Ernährungsmedizin

**Österreich**

[ ]  DiätologIn [ ]  Master: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  DiätologIn mit dem LG Angewandte Ernährungstherapie

 **Deutschland**

[ ]  DiätassistentIn [ ]  Diplom-OecotrophologIn [ ]  Diplom-ErnährungswissenschaftlerIn

[ ]  Bachelor oder [ ]  Master of Science Oecotrophologie

[ ]  Bachelor oder [ ]  Master of Science Ernährungswissenschaft

**Schweiz**

[ ]  Dipl. ErnährungsberaterIn [ ]  Master: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Südtirol**

[ ]  DiätistIn [ ]  Master: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mitfahrgelegenheit**

[ ]  Ich bin einverstanden, dass meine Kontaktdaten zur Organisation von Mitfahrgelegenheiten vor Beginn des Seminars an andere TeilnehmerInnen weitergegeben werden.

Wenn ja:

[ ]  Ich habe ein Auto und könnte auf dem Reiseweg jemand mitnehmen.

Mein Start-Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Ich möchte mitgenommen werden und beteilige mich gerne am Benzingeld.

Mein Start-Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich melde mich hiermit verbindlich an und erkläre mich mit den angeführten Bedingungen auf Seite 1 und 2 einverstanden.

……………………………………………………………………………………………………………………….

**Datum, Unterschrift**