

In drei einfachen Schritten die Online-Kurse buchen.

- 1 Formularfelder ausfüllen
- 2 Online-Kurs auswählen und Wunschtermin für das Startdatum festlegen
- 3 Bestellung per E-Mail oder Fax senden

Bitte senden an:  
Fax: 089 1222836850  
E-Mail: support@marpinion.de

### Vertragspartnerdaten

Name Vertragspartner:in	Name Apotheke
Straße/Hsnr.	PLZ/Ort
<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Kundennummer (falls vorhanden)	
Ort, Datum	Unterschrift Vertragspartner:in

ApoChannel® Online-Kurse		Vertragslaufzeit: 12 Monate
<input type="checkbox"/> Auswählen	▶ „Mehr Kompetenz für erfolgreiche Kundengespräche“ - Astrid van Ophoven (3 Kurse zu den Themen: „Erfolgreiche Gesprächsführung in der Apotheke“, „Professioneller Umgang mit Beschwerden, Kritik und Konflikten“, „Positive Außenwirkung und Verkaufspsychologie“)	39,90 EUR pro Monat (zzgl. MwSt.)
	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Startdatum	
<input type="checkbox"/> Auswählen	▶ Vom Apotheker zum Unternehmer - Prof. Dr. Andreas Kaapke	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Einführungspreis <b>120 EUR</b> sparen!</div> <del>34,90 EUR</del> <b>24,90 EUR</b> pro Monat <sup>1</sup> (zzgl. MwSt.)
	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Startdatum	
<small>                     ▶ Teilnahmeberechtigt an den „Online-Kursen“ sind sämtliche Mitarbeitende der teilnehmenden Apotheke inkl. ihrer Filialen.                      ▶ Die „Online-Kurse“ beginnen nach Freischaltung der Zugangsdaten, bzw. an dem genannten Datum. Die 3 monatige Kündigungsfrist tritt erstmals zum Ablauf der Vertragslaufzeit (12 Monate) ein. Die „Online-Kurse“ verlängern sich um jeweils weitere 12 Monate sofern der Vertrag nicht gekündigt wurde.                 </small>		
Ort, Datum		Unterschrift Vertragspartner:in

### Lastschriftmandat (wiederkehrende Basislastschrift)

IBAN Nummer: D E

Eine Einzugsermächtigung wurde für Gläubiger-Identifikationsnummer DE88ZZZ00001451542 erteilt und soll für diese Verträge verwendet werden.

Kundennummer:   
(Mandatsreferenznummer)

Ich erteile die Einzugsermächtigung für die oben genannte Apotheke und erkläre hierzu seitens der Apotheke berechtigt zu sein.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragspartner:in