

Bitte gut lesbar ausfüllen! Anmeldung zur Teilnahme an der bpt-Fortbildung:

# Stärken stärken: Der Weg zu erfolgreichem Positive Leadership

16.-21.06.25 (über Fronleichnam) in Muro (Mallorca)

Bitte informieren Sie mich über künftige bpt-Fortbildungsreisen und bpt-Seminare

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

Tierarztpraxis: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_

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

bpt Akademie GmbH, Hahnstr. 70, 60528 Frankfurt  
Gläubiger-Identifikationsnummer DE58FRA00000242298  
Mandatsreferenz: Seminargebühr

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die bpt Akademie GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der bpt Akademie GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut (Name und BIC): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
(falls abweichend)

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Kostenfreie Stornierungen sind bis zum 31.01.25 möglich. Bei Stornierungen bis 30 Tage vor Veranstaltungsbeginn werden 30 % der gesamten Veranstaltungskosten als Stornogebühr verrechnet. Bei Stornierungen ab dem 30. Tag bis 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn fallen 80% der gesamten Veranstaltungskosten als Stornogebühren an. Spätere Stornierungen können leider nicht berücksichtigt werden. Wir empfehlen den Abschluss einer Reiserücktrittsversicherung.

Die Veranstalter übernehmen keine Haftung für Schäden (z.B. infolge Veranstaltungsabsage), außer bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit sowie im Falle der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit.

Mit den Veranstaltungsbedingungen erkläre ich mich einverstanden, insbesondere damit, dass meine personenbezogenen Daten gemäß der Veranstaltungsbedingungen für Seminare (siehe unter [www.bpt-akademie.de](http://www.bpt-akademie.de)) behandelt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich approbierte(r) Tierarzt / Tierärztin bin.

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

Bitte senden an: bpt Akademie GmbH, Hahnstr. 70, 60528 Frankfurt  
E-Mail: [seminare@bpt-akademie.de](mailto:seminare@bpt-akademie.de)