

Seminaranmeldung (per Fax: 030 / 263498-31)

FARR Wirtschaftsprüfung GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
 Cicerostraße 2
 10709 Berlin

- online anmelden: www.farr-wp.de / termine
- oder per E-Mail: info@farr-wp.de
- oder per Fax: **030/263498-31**

Seminarpreis, Hotelbuchung und Teilnahmebedingungen

Der Seminarpreis (lt. Überblick zu den Fortbildungsveranstaltungen) beinhaltet umfangreiche Seminarunterlagen und die Verpflegung während des Seminars (Begrüßungskaffee, 2 Kaffeepausen, Mittagessen, Tagungsgetränke). Wenn für die **Übernachtung** ein Zimmer benötigt wird, dann bitten wir um **Selbstbuchung** (Abrufkontingent: Stichwort „FARR“).

Die Teilnehmer erhalten eine Teilnahmebescheinigung. Die Teilnehmerzahl ist jeweils begrenzt. Die Anmeldebestätigung erfolgt nach der Reihenfolge des Anmeldungseingangs. Die Seminargebühren sind nach Erhalt der Anmeldebestätigung/Rechnung zur Zahlung fällig. Eine nur zeitweise Teilnahme an dem gebuchten Seminar berechtigt nicht zur Minderung des Seminarpreises.

Sollte eine angemeldete Person nicht am Seminar teilnehmen können, kann jederzeit ohne zusätzliche Kosten ein Ersatzteilnehmer angemeldet werden. Alternativ ist es möglich, die Anmeldung auf eine spätere, innerhalb eines Jahres angebotene Veranstaltung umzubuchen. Ein Rücktritt von der Seminaranmeldung ist schriftlich zu erklären. **Bis 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn ist der Rücktritt kostenlos möglich.** Bei einem Rücktritt bis 7 Tage vor Veranstaltungsbeginn wird der halbe Seminarpreis berechnet. Bei einem späteren Rücktritt ist der volle Seminarpreis zu erbringen.

Das Seminar findet ab einer **Mindestzahl von 8 Teilnehmern** statt. Eine Seminarabsage aus organisatorischen Gründen behalten wir uns vor. Bereits geleistete Seminargebühren werden dann zurückerstattet.

Verbindliche Seminaranmeldung

Wegen begrenzter Teilnehmerzahl **bitte frühzeitig anmelden!**

Bitte in **Druckbuchstaben** ausfüllen und **Berufstitel** mit angeben.

Hiermit melden wir folgende Person(en) verbindlich an:

| | Kurs-Nr. |
|---|----------|
| Teilnehmer 1 (<u>Titel</u> , Name, Vorname) _____ | |
| Teilnehmer 2 _____ | |
| Teilnehmer 3 _____ | |
| Teilnehmer 4 _____ | |

WP- / vBP-Praxis _____

PLZ, Ort, Straße _____

Telefon / Telefax _____

E-Mail (wichtig !) _____

Datum _____ Unterschrift _____