

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied bei der „ORTHEGROH Unternehmensschule“.  
 Eigenanteil: einmaliger Mitgliedsbeitrag für alle Teilnehmer/Innen von 3650,00 € (zzgl. gesetzl. MwSt.).  
 Der Mitgliedsbeitrag ist mit Beginn der Mitgliedschaft fällig.  
 Es ist zu zahlen: a)  sofort in einem Betrag  
 oder b)  in 1/4 jährlichen Raten zu 912,50 € in den ersten 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft

<b>Kundennummer:</b>		<p>Foto</p>
<b>Firma:</b>		
<b>Name/Vorname:</b>		
<b>Strasse:</b>		
<b>PLZ/Ort:</b>		
<b>Telefon/Fax:</b>		
<b>Geburtsdatum:</b>		
<b>E-Mail-Adresse:</b>		

Unternehmensschwerpunkte:	Berufliche Interessen	Funktion im Unternehmen
<input type="checkbox"/> Sanitätshaus	<input type="checkbox"/> Unternehmensführung	<input type="checkbox"/> Geschäftsleitung
<input type="checkbox"/> Reha	<input type="checkbox"/> WWS	<input type="checkbox"/> Junior
<input type="checkbox"/> Orthopädie-Technik	<input type="checkbox"/> Rechnungswesen	<input type="checkbox"/> Keine Führungsfunktion
<input type="checkbox"/> Orthopädie-Schuhtechnik	<input type="checkbox"/> Recht	
<input type="checkbox"/> Medizintechnik	<input type="checkbox"/> Marketing	
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Steuern	
<input type="checkbox"/> Onlinehandel		

Familienstand	Kinder	Freizeit-Interessen
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> Jungen	<input type="checkbox"/> Sport
<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Mädchen	<input type="checkbox"/> Kultur
		<input type="checkbox"/> Reisen
		<input type="checkbox"/> Literatur

<b>Gewünschte Post-Adresse:</b> <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Privat	<b>abweichende Rechnungsanschrift</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ja, ich bin mit der Zusendung von Informationen über Produkte und Dienstleistungen einverstanden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich per E-Mail an [kontakt@orthegroh-unternehmerschule.de](mailto:kontakt@orthegroh-unternehmerschule.de) widerrufen.

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

**Voraussetzung für eine Mitgliedschaft:**

Den Inhalt der Geschäftsordnung habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne ihn hiermit an.

Datum/Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_