

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

Kundennummer (falls vorhanden)

Ort, Datum



Unterschrift Vertragspartner:in

ApoChannel® Online-Kurse

Vertragslaufzeit: 12 Monate

☐
 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“)

Startdatum

39,90 EUR pro Monat
 (zzgl. MwSt.)

☐
 Auswählen

- ▷ Vom Apotheker zum Unternehmer - Prof. Dr. Andreas Kaapke

Startdatum

34,90 EUR pro Monat¹
 (zzgl. MwSt.)

☐
 Auswählen

- ▷ Evidenzbasierte Beratung in der Apotheke Kurs A - Astrid van Ophoven

Startdatum

**Messe-Preis
 84 EUR
 sparen!**

¹ Messe-Preis gültig bis 15. Oktober 2026.
 Nach 12 Monaten Mindestvertragslaufzeit:
 21,90 EUR pro Monat (zzgl. MwSt.).

**21,90 EUR
 14,90 EUR pro Monat¹**
 (zzgl. MwSt.)

- ▷ 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.

Ort, Datum



Unterschrift Vertragspartner:in

Lastschriftmandat (wiederkehrende Basislastschrift)

IBAN Nummer:

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