

# Schulungsveranstaltung

<b>Schulungstermine</b>	Donnerstag, den 15.04.2021 Donnerstag, den 29.04.2021 Donnerstag, den 06.05.2021
<b>Art der Schulung</b>	Online-Schulung für den MIP-eKV via Microsoft Teams
<b>Technische Anforderung</b>	Jeder Teilnehmer benötigt einen internetfähigen PC mit Lautsprecherfunktion und Mikrofon.
<b>Anzahl:</b>	Maximal 10 Personen
<b>Zeitraum:</b>	09:00 -12:00 Uhr
<b>Gebühren:</b>	Schulung: 190,- Euro pro Person zzgl. MwSt.

Nachfolgend finden Sie einen Anmeldebogen. Mailen Sie diesen bitte ausgefüllt an [lisa.deiler@medicomp.de](mailto:lisa.deiler@medicomp.de). Bei Rückfragen zu den Schulungen wenden Sie sich bitte an: Lisa Deiler Telefonnummer 0621 / 67 17 82 – 42.

Die Anmeldung zu einer Schulung ist verbindlich. Stornierungen von Anmeldungen haben schriftlich (auch per E-Mail) zu erfolgen und sind bis zu zwei Wochen vor dem vorgesehenen Schulungsbeginn kostenfrei. Bei einer späteren Stornierung ist die volle Schulungsgebühr fällig. Die Benennung eines Ersatzteilnehmers ist jederzeit ohne Kosten möglich. Für diese Weiterbildung erhalten die angemeldeten Teilnehmer ein namentlich ausgestelltes Zertifikat z.B. für Ihre Personalakte.

Der Teilnehmer muss für die technischen Voraussetzungen und insbesondere für eine gute und zuverlässige Internetqualität sorgen. Eine schlechte Internetverbindung stellt kein Anspruch zur Aussetzung der Teilnahmegebühr dar. Für die Begleichung der Schulungsgebühr füllen Sie uns bitte das anhängende Kombimandat aus.

Bei zu geringer Teilnehmerzahl (weniger als 4) behält sich medicomp vor, die Schulung bis eine Woche vor dem angesetzten Termin abzusagen. In Fällen höherer Gewalt bzw. Krankheit des Dozenten muss eine kurzfristige Absage vorbehalten werden. medicomp wird innerhalb angemessener Zeit einen Ersatztermin anbieten.

Die Geltendmachung von Ansprüchen wegen Absagen der Schulung aufgrund zu geringer Teilnehmerzahl oder notwendiger kurzfristiger Terminverschiebung durch medicomp wegen höherer Gewalt bzw. Krankheit des Dozenten ist ausdrücklich ausgeschlossen. Muss die Schulung abgesagt werden, so erfolgt eine sofortige Benachrichtigung. In diesem Fall besteht für die medicomp nur die Verpflichtung zur Rückerstattung der evtl. bereits gezahlten Teilnahmegebühr. In jedem Fall beschränkt sich die Haftung der Firma medicomp auf die gezahlte Teilnahmegebühr.

**ANMELDUNG MIP-eKV**  
**(MAIL: support@medicomp.de)**

- Termine Schulung**
- Donnerstag, den 15.04.2021
  - Donnerstag, den 29.04.2021
  - Donnerstag, den 06.05.2021

**Angaben zur Firma**

Firma \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon + Faxnummer \_\_\_\_\_  
Handynummer \_\_\_\_\_

**Folgende Person/en wird/werden teilnehmen:**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

\_\_\_\_\_  
Datum/Stempel

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift

## Die Schulungsinhalte MIP-eKViM Einzelnen:

- Zugang zum MIP-eKV
- Erklärung der Oberfläche
- Adress- und Benutzerverwaltung
- Nachrichtenmodul
- Erfassung von Kostenvoranschlägen
- Bearbeitung von Kostenvoranschlägen
- Kostenvoranschläge korrigieren und erneut versenden
- Fehlermeldungen und Prüfungen in MIP-eKV
- Direktaufträge und Versorgungsanfragen
- MIP - Vertragsmanager
- Wo finden Sie Ihre Verträge
- Hinweis: Bitte beachten Sie, dass wir keinen Einblick in Ihre Branchensoftware haben. In der Schulung wird ausschließlich aus Sicht der MIP-Plattform geschult.

**SEPA- LASTSCHRIFTMANDAT**  
Erteilung eines Mandats für das SEPA-Lastschriftverfahren

Debitor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

vertreten durch den (die) Geschäftsführer(in)  
Herrn / Frau \_\_\_\_\_  
Kundennummer: \_\_\_\_\_

Kreditor

**Firma medicomp**  
**Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH**  
Hoheloostr. 14  
67065 Ludwigshafen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE33ZZZ00000207149

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser kontoführendes Institut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem kontoführenden Institut vereinbarten Bedingungen.

Häufigkeit der Mandatsnutzung: wiederkehrende Zahlungen

**Formular bitte vollständig ausfüllen, auch Bankleitzahl und Kontonummer!**

Kontoinhaber:

Name der Bank:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

IBAN:

BIC:

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird der Zahlungsempfänger mich/uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

.....  
Ort / Datum

.....  
Firmenstempel / Unterschrift