

STUDIENVERTRAG



Zwischen der

Fa. **MedCompliance GmbH**, vertreten durch die Geschäftsführer, Neuer Wall 41 in
20354 Hamburg

- nachfolgend **MedCompliance** genannt -

und

Persönliche Daten

Name:*		Vorname:*	
Straße, Hausnummer:*		Geschlecht (m / w / d):*	
Postleitzahl:*	Wohnort:*	Geburtsdatum & -ort:*	
E-Mail (Druckbuchstaben):*			
Telefon:		Arbeitgeber – Name/Ort (lediglich für statistische Zwecke):	
Mobil:			
Höchster Schulabschluss:*			
Erlerner Beruf:*			

* Pflichtfelder

- nachfolgend **Studierende bzw. Studierender** genannt -

wird folgende

Vereinbarung geschlossen:

Der/die Studierende belegt den Studiengang „Zertifizierter Healthcare Compliance Officer (FH)“ an der Hochschule Kaiserslautern.

MedCompliance stellt die Durchführung des Zertifikatsangebots nach Maßgabe ihrer Allgemeinen Geschäftsbedingungen Zertifikatsstudiengang „Zertifizierter Healthcare Compliance Officer (FH)“ sicher.

Studiengang:	„Zertifizierter Healthcare Compliance Officer (FH)“
Studiengebühren:	3.800,00 € (incl. Zertifizierung) umsatzsteuerfrei
Sozialbeitrag:	z.Z. 139,00 € (es gelten jeweils die aktuellen Sätze der HS Kaiserslautern für den Standort Zweibrücken)
Studienbeginn	Mai 2025 gemäß Vorlesungsplan

Zahlungsbedingungen:

Die **Studiengebühren** sind in voller Höhe sofort fällig, nachdem MedCompliance dem/der Studierenden das Erreichen der Mindestteilnehmerzahl und somit das Zustandekommen des Zertifikatslehrgangs mitgeteilt hat.

Der **Sozialbeitrag** ist nach Zahlungsaufforderung durch die Hochschule fällig.

Die Zahlungen erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung an:

Landeshochschulkasse Mainz

IBAN: DE25 5500 0000 0055 0015 11

BIC: MARKDEF1550

Verwendungszweck: 9300 / 810118 / *Name*

Hinweis: Bitte tätigen Sie die Überweisungen nur von Ihrem persönlichen Girokonto. Zahlungen durch andere Personen oder Unternehmen bitte nur nach vorheriger Absprache mit MedCompliance.

Ich erkenne die vorangehenden Bestimmungen vollumfänglich an.

Die **Allgemeinen Geschäftsbedingungen Zertifikatsstudiengang**

„**Zertifizierter Healthcare Compliance Officer (FH)** der Fa. MedCompliance habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit Ihrer Einbeziehung in diesen Vertrag einverstanden.

Das Merkblatt zur Widerrufsbelehrung habe ich erhalten.

Es gelten die Datenschutzerklärungen der Hochschule Kaiserslautern

(<https://www.hs-kl.de/datenschutz>) sowie der MedCompliance GmbH (<https://med-compliance.de/datenschutz>).

Als **Anlage** füge ich bei:

- Nachweis über Hochschulzugangsberechtigung
- Kurze Beschreibung einer qualifizierten Erfahrung im Gesundheitswesen aus Ausbildung oder Beruf.

Unverzüglich nach Gegenzeichnung dieses Vertrages beantragt der/die Studierende die Immatrikulation auf der Homepage der Hochschule Kaiserslautern.

Weitere Informationen auf www.hs-kl.de/HCO

Ort und Datum

Unterschrift Studierende(r)

Gegenzeichnung MedCompliance

Den unterzeichneten Studienvertrag senden sie bitte per **E-Mail** an

mail@med-compliance.de