

Kursanmeldung – Erwerb der Fachkunde 2

Fax 089 230211406 oder unter www.eazf.de

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Fortbildung an:

Kursnummer

Kurstitel

Fachkunde 2: Schädelübersichtsaufnahmen und Spezialprojektionen

Teilnehmer (Vor- und Nachname in Druckbuchstaben – Geburtsname, falls abweichend, angeben)

Angaben, die zur Teilnahme am Röntgenkurs für Zahnärzte zum Erwerb der Fachkunde 2 unbedingt erforderlich sind:

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Deutsche Fachkunde im Strahlenschutz vorhanden Ja Nein

Die Anmeldung zur Fortbildung ist erst nach Vorliegen der erforderlichen Angaben möglich!

Rechnungsadresse

Praxisanschrift

Privatanschrift

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Telefax: _____

E-Mail: _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die eazf GmbH, Kursgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der eazf GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt gemäß den AGB der eazf GmbH sowie den Vereinbarungen gemäß der Rechnungsstellung.

Praxiskonto

Privatkonto

Kontoinhaber/in _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC DE _ _ _ _ _

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mit meinen Unterschriften melde ich mich verbindlich zu o.g. Fortbildung an. Die aktuellen AGB der eazf GmbH sind mir bekannt, mit ihrer Geltung bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift und Praxisstempel
für Kursanmeldung

Unterschrift Kontoinhaber
bzw. Bevollmächtigter
für SEPA-Lastschriftmandat



Europäische Akademie
für zahnärztliche
Fort- und Weiterbildung
der BLZK

Hinweis

Mit der Angabe meiner E-Mail-Adresse erkläre ich mich einverstanden, dass die eazf GmbH diese verwenden darf, soweit es sich um Kommunikation im Zusammenhang mit Kursbuchungen (z.B. Anmeldebestätigungen, Informationen zum Kurs, Rechnungen) handelt. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit einer Mitteilung in Textform gegenüber der eazf GmbH widerrufen kann.

eazf GmbH
Fallstr. 34, 81369 München

Telefon 089 230211400
Telefax 089 230211406
E-Mail info@eazf.de
www.eazf.de

Gläubiger-ID

DE96ZZZ00000400015
Mandatsreferenz: Erhalt mit
der Vorankündigung zum
SEPA-Einzug (Pre-Notification)