

Kursanmeldung – Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz

Fax 089 230211406 oder unter www.eazf.de



Europäische Akademie
für zahnärztliche
Fort- und Weiterbildung
der BLZK

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Fortbildung an:

Kursnummer

Kurstitel

**Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz
gem. § 74 Abs. 2 StrlSchG i. V. mit § 49 Abs. 1 Nr. 3 StrlSchV**

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

Unterlagen, die zur Teilnahme am Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 74 Abs. 2 StrlSchG i.V. mit § 49 Abs. 1 Nr. 3 StrlSchV unbedingt erforderlich sind:

Mit der Anmeldung ist der **Helferinnenbrief (ZFA) / Bescheinigung über die bestandene ZFA-Abschlussprüfung** einer deutschen Zahnärztekammer in **amtlich beglaubigter Kopie** einzureichen!

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

Dringend erforderliches Kursmaterial:

Filmhaltersystem nach Rinn, je ein kompletter Satz für den Seitenzahnbereich, für den Frontzahnbereich, sowie für Bissflügelaufnahmen.

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.

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)

Datum

Unterschrift und Praxisstempel
für Kursanmeldung

Unterschrift Kontoinhaber
bzw. Bevollmächtigter
für SEPA-Lastschriftmandat