

# Anmeldung

Fax 089 230211406 oder unter [www.eazf.de](http://www.eazf.de)



Europäische Akademie  
für zahnärztliche  
Fort- und Weiterbildung  
der BLZK

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Fortbildung an:

Kursnummer	Kurstitel

**Teilnehmer** (Vor- und Nachname in Druckbuchstaben)

Praxispersonal     Zahnarzt/Zahnärztin

**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 \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

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 und bestätige den von mir gewählten und oben gekennzeichneten Zahlungsweg. Die aktuellen Geschäftsbedingungen 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](mailto:info@eazf.de)  
[www.eazf.de](http://www.eazf.de)

## Gläubiger-ID

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Praxisstempel  
für Kursanmeldung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaberin  
bzw. Bevollmächtigter  
für SEPA-Lastschriftmandat