

Kursanmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Kursveranstaltung an:

- | | | | |
|---|-------------------|----------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niederlassungsseminar | Regensburg | Kurs-Nr. 51650 | Samstag, 24. April 2021 |
| <input type="checkbox"/> Niederlassungsseminar | München | Kurs-Nr. 61650 | Samstag, 26. Juni 2021 |
| <input type="checkbox"/> Niederlassungsseminar | Nürnberg | Kurs-Nr. 71650 | Samstag, 16. Oktober 2021 |
| <input type="checkbox"/> Praxisabgabeseminar | Regensburg | Kurs-Nr. 51640 | Samstag, 24. April 2021 |
| <input type="checkbox"/> Praxisabgabeseminar | München | Kurs-Nr. 61640 | Samstag, 26. Juni 2021 |
| <input type="checkbox"/> Praxisabgabeseminar | Nürnberg | Kurs-Nr. 71640 | Samstag, 16. Oktober 2021 |

Teilnahmegebühr:

50,00 Euro (inkl. Mittagessen, Kaffeepausen sowie ausführlicher digitaler Kursunterlagen)

Teilnehmer/-in (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name/Vorname

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Niedergelassene/-r Zahnarzt/-ärztin
 Angestellte/-r Zahnarzt/-ärztin
 Assistent/-in

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.

Rechnungsadresse: Praxisanschrift Privatanschrift

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Zahlung der Kursgebühr

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 DE _____

BIC _____

Gläubiger-ID: DE96ZZZ00000400015

Mandatsreferenz:

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

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 Geschäftsbedingungen der eazf GmbH sind mir bekannt, mit ihrer Geltung bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift und Praxisstempel für **Kursanmeldung**

Unterschrift von Kontoinhaber
bzw. Bevollmächtigter für **SEPA-Lastschriftmandat**

eazf GmbH

Fallstraße 34 Tel.: 089 230211400
81369 München Fax: 089 230211406
www.eazf.de E-Mail: info@eazf.de