

Kursanmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Kursveranstaltung an:

<input type="checkbox"/> Niederlassungsseminar	Würzburg	Kurs-Nr. 50650-1	Samstag, 21. März 2020
<input type="checkbox"/> Niederlassungsseminar	München	Kurs-Nr. 60650	Samstag, 27. Juni 2020
<input type="checkbox"/> Niederlassungsseminar	Nürnberg	Kurs-Nr. 70650	Samstag, 26. September 2020
<input type="checkbox"/> Niederlassungsseminar	Regensburg	Kurs-Nr. 50650	Samstag, 21. November 2020
<input type="checkbox"/> Praxisabgabeseminar	Würzburg	Kurs-Nr. 50640-1	Samstag, 21. März 2020
<input type="checkbox"/> Praxisabgabeseminar	München	Kurs-Nr. 60640	Samstag, 27. Juni 2020
<input type="checkbox"/> Praxisabgabeseminar	Nürnberg	Kurs-Nr. 70640	Samstag, 26. September 2020
<input type="checkbox"/> Praxisabgabeseminar	Regensburg	Kurs-Nr. 50640	Samstag, 21. November 2020

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 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.

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