

# Anmeldung Kompendium „Abrechnung Compact“

Fax 089 230211404 oder unter [www.eazf.de](http://www.eazf.de)



Europäische Akademie  
für zahnärztliche  
Fort- und Weiterbildung  
der BLZK

Bitte die gewählten Kursnummern eintragen. Sie erhalten für jeden Kursteil eine gesonderte Anmeldebestätigung bzw. Rechnung:

	Kursnummer	Kurstitel
①	<input type="text"/>	Abrechnung Compact: Modul 1 Konservierende/chirurgische Leistungen
②	<input type="text"/>	Abrechnung Compact: Modul 2 Parodontologische Leistungen
③	<input type="text"/>	Abrechnung Compact: Modul 3 Implantologische Leistungen
④	<input type="text"/>	Abrechnung Compact: Modul 4 Prothetische Leistungen

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

**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                      DE \_\_\_\_\_

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 meiner/n Unterschrift/en melde ich mich verbindlich zu o.g. Kurs/en 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 230211404  
E-Mail [info@eazf.de](mailto:info@eazf.de)  
[www.eazf.de](http://www.eazf.de)

## Gläubiger-ID

DE96ZZ00000400015  
Mandatsreferenz: Erhalt mit  
der Vorankündigung zum  
SEPA-Einzug (Pre-Notification).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Praxisstempel  
für Kursanmeldungen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/-in  
bzw. Bevollmächtigte/-r  
für SEPA-Lastschriftmandat