

## Kursanmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Kursveranstaltung an:

<input type="checkbox"/> <b>Niederlassungsseminar</b>	<b>München</b>	Kurs-Nr. 62650-1	Samstag, 12. Februar 2022
<input type="checkbox"/> <b>Niederlassungsseminar</b>	<b>Regensburg</b>	Kurs-Nr. 52650	Samstag, 14. Mai 2022
<input type="checkbox"/> <b>Niederlassungsseminar</b>	<b>München</b>	Kurs-Nr. 62650	Samstag, 9. Juli 2022
<input type="checkbox"/> <b>Niederlassungsseminar</b>	<b>Nürnberg</b>	Kurs-Nr. 72650	Samstag, 15. Oktober 2022
<input type="checkbox"/> <b>Praxisabgabeseminar</b>	<b>München</b>	Kurs-Nr. 62640-1	Samstag, 12. Februar 2022
<input type="checkbox"/> <b>Praxisabgabeseminar</b>	<b>Regensburg</b>	Kurs-Nr. 52640	Samstag, 14. Mai 2022
<input type="checkbox"/> <b>Praxisabgabeseminar</b>	<b>München</b>	Kurs-Nr. 62640	Samstag, 9. Juli 2022
<input type="checkbox"/> <b>Praxisabgabeseminar</b>	<b>Nürnberg</b>	Kurs-Nr. 72640	Samstag, 15. Oktober 2022

### 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/-in  
bzw. Bevollmächtigte/-r für **SEPA-Lastschriftmandat**

### eazf GmbH

Fallstraße 34 Tel.: 089 230211400  
81369 München Fax: 089 230211406  
[www.eazf.de](http://www.eazf.de) E-Mail: [info@eazf.de](mailto:info@eazf.de)