

# Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zum  
 „1. Bayerischen Netzwerk- und Trainingstag für Zahnärztinnen“ an:

**Kurs-Nr. 52108**  
**Landhotel Geiselwind**  
**Friedrichstraße 10, 96160 Geiselwind**

**Samstag, 12. März 2022**  
 10.00 – 16.00 Uhr  
 Kursgebühr: € 95,00

Fortbildungspunkte: 7

Am gemeinsamen Abendessen am Vorabend um 19.00 Uhr im Tagungshotel  
 nehme ich teil (Selbstzahler) und bitte um Reservierung.

## Teilnehmende (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Rechnungsadresse:  Praxisanschrift  Privatanschrift

Name/Vorname
Name/Vorname
Name/Vorname
Name/Vorname

Name/Vorname
Straße
PLZ/Ort
Telefon
Fax
E-Mail

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.

## 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 für Kursanmeldung

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