

# Anmeldung

**Fax 089 230211406 oder unter [www.eazf.de](http://www.eazf.de)**

Teilnehmer/-in:

(Bitte jeweils nur ein Teilnehmer pro Anmeldung)

## Parodontologie – state of the art, 2. März 2024, München

Zahnärztin/Zahnarzt  € 245,00

Zahnärztin/Zahnarzt (Mitglied Zukunft Prophylaxe e.V.)  € 215,00

Praxispersonal/Assistent/-in  € 195,00

**Rechnung an:**  Praxisanschrift  Privatanschrift

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 gewählten Kongressgebühr bzw. Zusatzleistung

**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 für die Veranstaltung des Zukunft Prophylaxe e.V. sowie den Vereinbarungen gemäß der Rechnungsstellung.

**Gläubiger-ID** DE96ZZZ00000400015, Mandatsreferenz: Erhalt mit der Vorankündigung zum SEPA-Einzug (Pre-Notification).

Praxiskonto  Privatkonto

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

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 Unterschrift melde ich mich verbindlich zu o.g. Veranstaltung an und bestätige den von mir gewählten und oben gekennzeichneten Zahlungsweg.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Praxisstempel  
für Kursanmeldung

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