

Kursanmeldung

Kurs-Nr.:

Name Kursteilnehmer/in:

Geburtsdatum **und** Geburtsort :

Adresse Kursteilnehmer/in:

Rechnungsadresse:

Praxisanschrift Privatanschrift

Name/Adresse der Praxis:

Telefon/Telefax/E-Mail:

Ihre Anmeldung ist nur verbindlich, wenn folgende Anlagen der jeweiligen Kursanmeldung beigelegt werden:

Praxispersonal:

Prophylaxe-Basiskurs: ZAH/ZFA-Urkunde, Röntgenbescheinigung in Kopie

PAss: ZAH/ZFA-Urkunde, Röntgenbescheinigung in Kopie, Zertifikat Prophylaxe-Basiskurs in Kopie

Röntgenkurs (10-Std.): ZAH/ZFA-Urkunde, Bescheinigung über 3-Std. praktische Unterweisung durch Praxisinhaber

Aktualisierung-Röntgen: Aktuelle Röntgenbescheinigung in Kopie

Schärfkurs: ZAH/ZFA-Urkunde

Scaling Kurs: Zertifikat Prophylaxe-Basiskurs in Kopie, ZMP- oder PAss-Urkunde

Zahnärzte/innen:

Aktualisierung Röntgen: hiermit bestätige ich, dass ich im Besitz des Erwerbs der deutschen Fachkunde im Strahlenschutz bin

Zahlung der Kursgebühr

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o. g. Fortbildungsveranstaltung des ZBV München Stadt und Land an.

Ich habe die Stornobedingungen gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

Sollte die Anmeldung 3 Wochen vor Kursbeginn oder später erfolgen, ist die Zahlung der Kursgebühr per Überweisung fällig.

Gemäß den Vorschriften (gültig ab 01.02.2014) zum SEPA-Lastschriftinzugsverfahren erfolgt der Einzug mit Vorankündigung (Pre-Notification) als Rechnungsbestandteil mit Angabe unserer Gläubiger-ID und der Mandatsreferenznummer.

Überweisung: Ich werde die fälligen Kursgebühren nach Rechnungserhalt gemäß den Vereinbarungen der Rechnungsstellung rechtzeitig vor Kursbeginn per Überweisung bezahlen.

Datum

Unterschrift / Stempel

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats: Ich ermächtige den ZBV München, Kursgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ZBV München auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt gemäß den Vereinbarungen in der Rechnungsstellung.

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.

Praxiskonto Privatkonto

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Datum

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