

## 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:

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.

**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 Rechnungstellung.

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

---