



Anmeldung - Workshop

Im Rahmen der 8. Sommerfortbildung des VFwZ in Kloster Seeon

Fax 089 230211406 – Online: www.eazf.de

Teilnehmer (Vor- und Nachname in Druckbuchstaben) _____

Workshop I (Kurs-Nr. 10802-1)

Behandlung von Hart- oder Weichgewebsdefekten nach periimplantären Entzündungen inkl. praktischer Übungen am Kunststoffkiefer
€ 65,00

Workshop II (Kurs-Nr. 10802-2)

Implantologische Rehabilitation in der ästhetisch einsehbaren Zone mit Anwendung von Straumann Monotype und zweiteiligen vollkeramischen Straumann-Implantaten
€ 65,00

Workshop III (Kurs-Nr. 10802-3)

Guided surgery mit Codiagnosics, von der Planungshilfe bis zur Sofortversorgung
€ 65,00

WIDERRUFSBELEHRUNG §§ 312d, 355 BGB:

Sie können Ihre Anmeldung innerhalb einer Frist von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Informationspflichten gemäß § 312c Abs. 2 BGB in Verbindung mit § 1 Abs. 1, 2 und 4 BGB-InfoV sowie unserer Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB in Verbindung mit § 3 BGB-InfoV. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

| Rechnungsadresse | Praxisanschrift | Privatanschrift |
|-------------------|-----------------|-----------------|
| Name / Vorname | _____ | _____ |
| Straße: | _____ | _____ |
| PLZ / Ort | _____ | _____ |
| Telefon / Telefax | _____ | _____ |
| 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. Anmelde-bestätigungen, Informationen zum Kurs, Rechnungen) handelt. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit einer Mitteilung in Textform gegenüber der eazf GmbH widerrufen kann.

Erstellung 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 entsprechend den AGB der eazf GmbH sowie den Vereinbarungen gemäß der Rechnungsstellung.

| Praxiskonto | Privatkonto |
|----------------|-------------|
| Kontoinhaber | _____ |
| 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 meinen Unterschriften melde ich mich verbindlich zu o.g. Fortbildung an und bestätige den von mir gewählten und oben gekennzeichneten Zahlungsweg. Die aktuellen Geschäftsbedingungen des VFwZ e.V. sind mir bekannt, mit ihrer Geltung bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift und Praxisstempel

Unterschrift von Kontoinhaber
bzw. Bevollmächtigtem für
SEPA-Lastschriftmandat