

# Kongressanmeldung (Kurs-Nr. 14810)

11. Winterfortbildung des VFwZ in Kitzbühel

Fax 089 230211406 – oder info@vfwz.de

Teilnehmer (Vor- und Nachname in Druckbuchstaben)

ZÄin/ZÄ: \_\_\_\_\_

Mitglied des VFwZ Kongressgebühr 850,- €

Nichtmitglied des VFwZ Kongressgebühr 1.300,- €

## Angestellte ZÄ

Mitglied des VFwZ Kongressgebühr 575,- €

Nichtmitglied des VFwZ Kongressgebühr 950,- €

## Studenten

Mitglied des VFwZ Kongressgebühr 395,- €

Nichtmitglied des VFwZ Kongressgebühr 500,- €

Am **Hüttenabend** am Donnerstag, 25.01.2024 nehme ich  teil nicht teil

Teilnahme an der Busfahrt zum Abendessen  Ja Nein

Teilnahme an der Fahrt mit Skidoos  Ja Nein

Teilnahme Begleitperson (70,00 EUR)  Ja Nein

Am **gemeinsamen Abendessen** am Freitag, 26.01.2024 nehme ich  teil nicht teil

Teilnahme an der Busfahrt zum Abendessen  Ja Nein

Teilnahme Begleitperson  Ja Nein

Am **Hüttenabend** am Samstag, 27.01.2024 nehme ich  teil nicht teil

Teilnahme Begleitperson (70,00 EUR)  Ja Nein

Teilnahme an der Busfahrt zum Hüttenabend  Ja Nein

Rodel (Anzahl bitte angeben \_\_\_\_\_)  Ja Nein

Ich benötige eine **Kinderbetreuung** für Kinder im Alter von \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Jahren

**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 \_\_\_\_\_