



Kongressanmeldung

11. Sommerfortbildung des VFwZ in Kloster Seeon

Fax 089 230211406 – E-Mail: info@eazf.de

Teilnehmer (Vor- und Nachname in Druckbuchstaben) _____

Kongressgebühr für Mitglieder des VFwZ oder APW-Mitglieder (Kurs-Nr. 13800):

Vollzahler	€ 800,00	<input type="checkbox"/>
Angestellte Zahnärzte	€ 450,00	<input type="checkbox"/>
Studenten	€ 100,00	<input type="checkbox"/>

Kongressgebühr für Nichtmitglieder des VFwZ oder APW-Mitglieder (Kurs-Nr. 13800):

Vollzahler	€ 1.000,00	<input type="checkbox"/>
Angestellte Zahnärzte	€ 700,00	<input type="checkbox"/>
Studenten	€ 200,00	<input type="checkbox"/>

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