



## Kursanmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Kursveranstaltung an:

**Kursthema:** \_\_\_\_\_

Kursdatum: \_\_\_\_\_

Kursnummer:

--	--	--

Kursgebühr: \_\_\_\_\_ €

**Teilnehmer/in:** \_\_\_\_\_

Zahnarzt/-ärztin       ZFA       Praxisteam       \_\_\_\_\_

für Zahnärzte/Praxisteams:       Mitglied DGKiZ       kein Mitglied DGKiZ

**Rechnungsadresse:**       Praxisanschrift       Privatanschrift

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Richtlinien:

Falls die Mindestteilnehmerzahl für den Kurs nicht erreicht wird, werden Sie 10 Tage vorher schriftlich informiert und bereits eingezogene Kursgebühren zurückerstattet. Die Kursgebühr wird etwa 12 Wochen vor dem Kurstermin durch Lastschrift eingezogen. Wird der Kurs vom Teilnehmer/von der Teilnehmerin ab dem Einzugstag bis 8 Wochen vor dem Kurstermin storniert, wird eine Bearbeitungsgebühr von 100,- € fällig, die bei Rücküberweisung verrechnet wird. Die Stornierung eines gebuchten Kurses durch den/die Teilnehmer/in muss schriftlich erfolgen. Ab 8 Wochen vor dem Kursbeginn, sowie bei Nichterscheinen, ist die volle Kursgebühr zu bezahlen. Ein Ersatzteilnehmer kann jederzeit benannt werden.

### Zahlung der Kursgebühr:

Die Kursgebühr wird etwa 12 Wochen vor der Fortbildung durch Lastschrift eingezogen.

- Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats/Einzugsermächtigung:**  
 Ich ermächtige die DGKiZ die Kursgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
 Gläubiger-ID.: DE71ZZZ00000667797      Mandatsreferenz: Kursgebühr

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich zu o.g. Kurs an und akzeptiere die Richtlinien und den Zahlungsweg.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_