

## 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:

Der Kurs findet statt ab einer Mindestteilnehmerzahl von 12 Personen. Falls die Teilnehmerzahl nicht erreicht wird, werden Sie 10 Tage vorher schriftlich informiert. Eine Stornierung eines gebuchten Kurses durch den/die Teilnehmer/in muss schriftlich erfolgen und ist nur bis 3 Wochen vor Kursbeginn möglich. Nach diesem Termin sowie bei Nichterscheinen ist die volle Kursgebühr zu bezahlen.

### Zahlung der Kursgebühr:

- Überweisung:** Ich werde die fälligen Kursgebühren bis spätestens 3 Wochen vor Kursbeginn per Überweisung auf folgendes Konto einzahlen:  
 DGKiZ; Apotheker- und Ärztebank; IBAN: DE09300606010406086519; BIC: DAAEDEDXXX  
 Betreff: Bitte Kursnummer und Teilnehmer/in angeben.
- 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 bestätige den von mir gewählten und oben gekennzeichneten Zahlungsweg.

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

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