

BITTE ZURÜCK an Frau Vorstadt
per Fax: 0391 73939-20 oder
per E-Mail: vorstadt@zahnaerztekammer-sah.de



Anmeldeformular für die Fortbildungsreihe Kinderzahnheilkunde für die ZFA

Hiermit melde ich mich verbindlich für die **Fortbildungsreihe Kinderzahnheilkunde für die Zahnmedizinische Fachangestellte (Kursnummer ZFA**) in Magdeburg an.

Vor- und Nachname:

Korrespondenzanschrift (Praxis oder Privat)

Praxis-

Privatanschrift, wie folgt:

Straße + Hausnummer:

PLZ + Ort (ggf. Ortsteil):

Geburtsdatum:

Faxnr.:

Telefon

dienstlich:

privat bzw. Mobil:

E-Mail-Adresse:

Bitte wählen Sie nachstehend die Zahlungsmodalitäten für die Kursgebühr in Höhe von 410,00 € aus:

werden von der Praxis überwiesen

werden von mir überwiesen

sollen von nachstehendem Konto eingezogen werden:

Kontoinhaber:

Bankinstitut und Ort:

BIC:

IBAN:

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift

Stornierungen von Fortbildungsreihen durch den Kursteilnehmer sind nur bis 6 Wochen vor dem Beginn der Fortbildungsreihe möglich. Es wird eine Stornierungsgebühr in Höhe von 15,00 € pro Person erhoben. Bei noch später eingehender Abmeldung muss die Gebühr in voller Höhe entrichtet werden. Die Kostenpflicht entfällt bei Stellung eines Ersatzteilnehmers.