

## Anmeldeformular für die Kompaktkursreihe „Allgemeine zahnärztliche Chirurgie“

Hiermit melde ich mich verbindlich für die **Kompaktkursreihe „Allgemeine zahnärztliche Chirurgie“** (Kurs-Nr.: ZA 2024-100), mit dem Beginn am **28.02. + 01.03.2025** in Magdeburg, an.

Titel, 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 aus:

Kurspaket in Höhe von 1.800,00 €

Einzelkursgebühren in Höhe von je 650,00 € pro Kursteil (Fr.+Sa.)

*(Die 3 Kursteile werden einzeln vor dem Stattfinden bezahlt, einzelne Module nicht stornierbar)*

M1

M 2

M 3

➔ Das Kurspaket bzw. die jeweiligen Einzelkursgebühren

werden von mir überwiesen

sollen von nachstehendem Konto eingezogen werden:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bankinstitut und Ort: \_\_\_\_\_

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

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

Ort, Datum

Unterschrift und ggf. Praxisstempel

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