Rückmeldung an Jessica Vorstadt
per Fax: 0391 73939-20 oder
per E-Mail: vorstadt@zahnaerztekammer-sah.de

ZAHNÄRZTEKAMMER SACHSEN-ANHALT
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Anmeldeformular für die Fortbildungsreihe Kinderzahnheilkunde für ZFA

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

Hinweis: Die Fortbildungsreihe kann erst bei ausreichender Zahl von Anmeldungen stattfinden.

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift privat: _____

_____

Telefonnummer privat: _____

E-Mail privat: _____

Name Praxis: _____

Anschrift Praxis: _____

_____

Telefonnummer Praxis: _____

E-Mail Praxis: _____

Korrespondenzanschrift: ☐ Praxis oder ☐ Privat

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

- ☐ werden von der Praxis überwiesen
- ☐ werden von mir überwiesen
- ☐ sollen von nachstehendem Konto eingezogen werden:

Kontoinhaber/in: _____

IBAN: _____

Bank: _____

BIC: _____

_____

Ort, Datum Unterschrift

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

Formular senden