

TELEFAX: 0921/68500

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberfranken, Justus-Liebig-Str. 113, 95447 Bayreuth

verbindliche ANMELDUNG ZÄ/ZA

zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz am
Samstag, 02.06.2018, 9:00 Uhr, im **Tagungszentrum**, Kolpingstr. 5, **Bayreuth**
(ehemaliges Kolpinghaus)

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- Ich bestätige, dass ich meine Fachkunde im Jahr 2013 erworben bzw. aktualisiert habe.
- Ich bestätige, dass ich im Besitz einer deutschen Fachkunde im Strahlenschutz bin.

Reservierungen erfolgen nach der Reihenfolge des Eingangs (Plätze begrenzt).

Die Teilnehmergebühr beträgt € 50,00.

SEPA-Lastschriftmandat (bitte vollständig ausfüllen)

Ich bevollmächtige den Zahnärztlichen Bezirksverband Oberfranken, den Betrag von € 50,00 im Abbuchungsverfahren einzuziehen:

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Kontoinhaber: _____

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mir ist bekannt, dass keine Umbuchungen möglich sind. Für Stornierungen bis zu einem Monat vor der Veranstaltung wird eine Gebühr in Höhe von € 15,00 erhoben. Danach wird die volle Kursgebühr erhoben.

Datum

Name, Adresse, Stempel

Unterschrift