

Kreuzen Sie bitte Ihre gewünschte Leistung an, ergänzen die benötigten Angaben und mailen Sie uns Ihre Anmeldung inkl. der Vereinbarung zurück an: bus-dienst@zahnarzte-wl.de

Praxisführung:

BuS-Schulung + Betreuungspauschale für 2 Jahre (Die Betreuung durch den BuS-Dienst beginnt mit der Teilnahme an der BuS-Schulung - Anmeldung s.u.)	331,80- € (inkl. 142,80- €) <input type="checkbox"/>
Modul BuS-Schulung: „Arbeitsschutz für die eigene Zahnarztpraxis“ (Schulung Praxisinhaber/in zur sicherheitsverantwortlichen Person einer Praxis)	142,80- € Anmeldung vornehmen (s.u.) <input type="checkbox"/>
Modul BuS-Dienst: Betriebsärztliche + Sicherheitstechnische Betreuung (Bitte Kopie der Teilnahmebestätigung der BuS-Schulung beifügen)	189- € (94,50- € pro Jahr) (Betreuungspauschale) <input type="checkbox"/>

Anmeldung BuS-Schulung: „Arbeitsschutz für die eigene Zahnarztpraxis“

Bitte buchen Sie meine Teilnahme ein am Datum/Kurs-Nr: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bereits online den folgenden Kurs gebucht Datum/Kurs-Nr: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Akademie für Fortbildung der ZÄKWL (einsehbar unter www.zahnarzte-wl.de) wird Bestandteil des mit uns geschlossenen Vertrag. Mit Unterschrift dieser Anmeldung akzeptieren Sie deren Geltung.

Kursteilnehmer: <input type="text"/> <small>(Vor- u. Nachname, Geburtsdatum)</small> Anschrift: <input type="text"/> <input type="text"/> Datum, Unterschrift Teilnehmer Zahlungspflichtiger sofern abweichend: <small>(Vor- u. Nachname, Geburtsdatum)</small> Zahlungspflichtiger Adresse / ggfs. Praxisstempel: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Datum, Unterschrift Zahlungspflichtiger	<input type="checkbox"/> Zahlung per Überweisung <input type="checkbox"/> SEPA Lastschriftmandat Ich ermächtige die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, einmalig eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: 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. Mandatsreferenz <input type="text"/> <small>(ggfs. von ZÄKWL auszufüllen)</small> Mandatsreferenz (Mitglieds-/Teilnehmer-Nr.) Kontoinhaber <input type="text"/> Vorname und Name <input type="text"/> Straße und Hausnummer <input type="text"/> PLZ und Ort <input type="text"/> Kreditinstitut (Name) <input type="text"/> BIC <input type="text"/> D E <input type="text"/> IBAN <input type="text"/> Ort, Datum Unterschrift
---	---