



BUS Dienst

Betriebsärztliche und
Sicherheitstechnische Beratung

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="checkbox"/>
Ich habe bereits online den folgenden Kurs gebucht Datum/Kurs-Nr:	<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.

<p>Kursteilnehmer: (Vor- u. Nachname, Geburtsdatum) Anschritt:</p> <p>_____ Datum, Unterschrift Teilnehmer</p> <p>Zahlungspflichtige/-r sofern abweichend: (Vor- u. Nachname, Geburtsdatum)</p> <p>Zahlungspflichtige Adresse / Praxisstempel: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div></p> <p>_____ Datum, Unterschrift Zahlungspflichtige/-r</p>	<p><input type="checkbox"/> Zahlung per Überweisung</p> <p><input type="checkbox"/> SEPA Lastschriftmandat Ich ermächtige die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Es kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p> <p>Mandatsreferenz (ggfs. von ZÄKWL auszufüllen) _____ Praxisbezeichnung/ Praxisnummer _____</p> <p>Name/-n aller Kontoinhaber _____ Vorname und Name oder Mandats-/Referenznummer _____</p> <p>_____ Vorname und Name oder Mandats-/Referenznummer _____</p> <p>_____ Vorname und Name oder Mandats-/Referenznummer Weitere ggfs. gesondert aufführen _____</p> <p>_____ Straße und Hausnummer _____ PLZ und Ort _____</p> <p>_____ Kreditinstitut (Name) _____ BIC _____</p> <p>DE IBAN _____</p> <p>_____ Ort, Datum Unterschrift/-en</p>
--	--