



Kursanmeldung

Fax: 0821 44847769 oder unter info@dgzh-augsburg.de

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Fortbildung an:

	TERMIN	KURSIHALT
<input type="radio"/>	ZK 1 – 14.-15.03.2025	Einführung in die Zahnärztliche Hypnose - Albrecht Schmierer
<input type="radio"/>	ZK 2 – 04.-05.04.2025	Grundlagen der Zahnärztlichen Hypnose – Albrecht Schmierer
<input type="radio"/>	ZK 3 – 09.-10.05.2025	Die Kinderhypnose in der Zahnmedizin - Josefine Nagy
<input type="radio"/>	ZK 4 – 04.-05.07.2025	NLP- und der Umgang mit Eltern – Jens von Lindeiner
<input type="radio"/>	ZK 5 – 19.-20.09.2025	Anwendungen in der Kinderhypnose I – Jan Rienhoff
<input type="radio"/>	ZK 6 – 14.-15.11.2025	Anwendungen in der Kinderhypnose II – Barbara Beckers
<input type="radio"/>	ZK 1 – ZK 6	Kinderhypnose Curriculum - Gesamt

Gläubiger –ID
DE47ZZZ00001761516
Mandatsreferenz: Erhalt mit der
Vorankündigung zum SEPA-Einzug
(Pre-Notification)
Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ 300 606 01
Konto 0508 4083 94

Teilnehmer/in: Praxispersonal Zahnarzt/Zahnärztin

Rechnungsadresse: Praxisanschrift Privatanschrift

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Telefax: _____

E-Mail: _____

Kursgebühr: 620 € (DGZH Mitglied 590€), Curriculum gesamt **3.500€** (DGZH Mitglied 3.350 €)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige Josefine Nagy, Kursgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Josefine Nagy auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt gemäß den AGB der DGZH Regionalstelle Augsburg sowie den Vereinbarungen gemäß der Rechnungsstellung.

Praxiskonto Privatkonto

Kontoinhaber _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Hinweis: Ich kann innerhalb von sechs Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mit meinen Unterschriften melde ich mich verbindlich zu o.g. Fortbildung an und bestätige den von mir gewählten und oben gekennzeichneten Zahlungsweg. Die aktuellen Geschäftsbedingungen der DGZH Regionalstelle Augsburg sind mir bekannt, mit ihrer Geltung bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift und Praxisstempel Unterschrift Kontoinhaber
für Kursanmeldung bzw. Bevollmächtigter für SEPA-Lastschriftmandat