



Kursanmeldung

Fax 0821 44847769 oder unter fobi@kinderzahnarzt-augsburg.de

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Fortbildung an:

| | TERMIN | KURSIHALT |
|-----------------------|-------------------|--|
| <input type="radio"/> | 23. November 2024 | Kinderhypnose für Anfänger – Josefine Nagy |
| <input type="radio"/> | 22. März 2025 | Kinderhypnose für Anfänger – Josefine Nagy |
| <input type="radio"/> | 22. November 2025 | Kinderhypnose für Anfänger – Josefine Nagy |

Gläubiger –ID

DE47ZZZ00001761516
Mandatsreferenz: Erhalt mit der
Vorankündigung zum SEPA-Einzug

Bankverbindung:

APO Bank Düsseldorf
IBAN DE43 3006 0601 0508 4083 94
BIC: DAAEDED0XXX

Teilnehmer/in: Praxispersonal Zahnarzt/Zahnärztin

Rechnungsadresse: Praxisanschrift Privatanschrift

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Telefax: _____

E-Mail: _____

Kursgebühr: 450 €

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die 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 des JONA Fortbildungszentrum 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 des JONA Fortbildungszentrums sind mir bekannt, mit ihrer Geltung bin ich einverstanden.

Datum

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