

## Kursanmeldung

Fax 0821-44847769 oder unter [fobi@kinderzahnarzt-augsburg.de](mailto:fobi@kinderzahnarzt-augsburg.de)  
Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Fortbildung an:

	TERMIN	KURSinHALT
<input type="radio"/>	5. Februar 2022	Kinderzahnheilkunde für Fortgeschrittene „The next step“ - Dr. Curt Goho
<input type="radio"/>	14. Mai 2022	Kinderzahnheilkunde für Fortgeschrittene – „The next step“ Teil 2 - Dr. Curt Goho
<input type="radio"/>	22. Oktober 2022	Kinderzahnheilkunde für Fortgeschrittene – „The next step“ Teil 3 - Dr. Curt Goho

Josefine Nagy  
Bahnhofstr. 7/3.OG  
86150 Augsburg  
Telefon: 0821-44847730  
Telefax: 0821-44847769  
E-Mail: [info@dgzh-augsburg.de](mailto:info@dgzh-augsburg.de)  
[www.dgzh-augsburg.de](http://www.dgzh-augsburg.de)

**Gläubiger –ID**

DE47ZZZ00001761516  
Mandatsreferenz: Erhalt mit der  
Vorankündigung zum SEPA-Einzug

**Bankverbindung:**

APO Bank Düsseldorf  
IBAN DE08 3006 0601 0208 4083 94  
BIC: DAAEDED0XXX

Teilnehmer/in:  Praxispersonal  Zahnarzt/Zahnärztin

Rechnungsadresse:  Praxisanschrift  Privatanschrift

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Kursgebühr: 520 € Kurszeit: Samstag 9.00 bis 17.00 Uhr**

- Überweisung**  
 **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 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  
für Kursanmeldung bzw. Bevollmächtigter für SEPA-Lastschriftmandat