

BuS Dienst



Gemeinsame Zahnärztliche Stelle BuS-Dienst

Kreuzen Sie bitte Ihre gewünschte Leistung an und faxen Sie uns Ihre Anmeldung an **0251/ 507 65 533** zurück.

ABRECHNUNG:

BuS-Schulung „Arbeitsschutz für die eigene Zahnarztpraxis“ (Schulung des Praxisinhabers zum Sicherheitsverantwortlichen seiner Praxis)	An Datum :	107,10- € <input type="checkbox"/>
BuS-Dienst, Betriebsärztliche + Sicherheitstechnische Betreuung (Bitte Kopie der Teilnahmebestätigung der BuS-Schulung beifügen.)		Kurs-Nr: Betreuungspauschale 165- € (82,50- € pro Jahr) <input type="checkbox"/>
BuS-Schulung + Betreuungspauschale für 2 Jahre (Die Betreuung durch den BuS-Dienst beginnt mit der Teilnahme an der BuS-Schulung)		272,10- € <input type="checkbox"/>

Verbindliche Anmeldung

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

<p>Kursteilnehmer: _____ (Vor- u. Nachname, Geburtsdatum)</p> <p>Anschrift: _____ _____ _____</p> <p>Datum, Unterschrift Teilnehmer</p> <p>Zahlungspflichtiger sofern abweichend: _____ (Vor- u. Nachname, Geburtsdatum)</p> <p>Zahlungspflichtiger Adresse / ggfs. Praxisstempel: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div></p> <p>Datum, Unterschrift Zahlungspflichtiger</p>	<p><input type="checkbox"/> Zahlung per Überweisung</p> <p><input type="checkbox"/> SEPA Lastschriftmandat</p> <p>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.</p> <p>Mandatsreferenz (ggfs. von ZÄKWL auszufüllen) _____ Mandatsreferenz (Mitglieds-/Teilnehmer-Nr.) _____</p> <p>Kontoinhaber _____ Vorname und Name _____</p> <p>_____ Straße und Hausnummer _____ PLZ und Ort _____</p> <p>Kreditinstitut (Name) _____ BIC _____ D E _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ IBAN _____</p> <p>_____ Ort, Datum Unterschrift</p>
---	--