Anmeldung

Zahnärztlicher Bezirksverband OBERPFALZ
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Absender

.....

.....

.....

Verbindliche Anmeldung an:

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz
Albertstraße 8
93047 Regensburg

Anmeldung zu „Praxisbegehungen der Gewerbeaufsicht 2020/2021"

❑ **Freitag, 26.03.2021** **oder**
❑ **Freitag, 09.04.2021** **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Name Kursteilnehmer/in	**E-Mail-Adresse Kursteilnehmer/in *)**
.....	.....
.....	.....
.....	.....

***) Pro Person ist eine E-Mail-Adresse notwendig. An diese Adresse wird der Link zur Online-Sitzung gesendet.**

Die Kursgebühr/en in Höhe von .....€ soll/en von folgendem Konto per Lastschrift eingezogen werden:

Gläubiger-Identifikationsnummer DE65ZZZ00000339657
SEPA-Einzellastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz, **einmalig eine Zahlung** von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN: D E - __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __

Ein Rücktritt ist bis zu 2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn möglich (20,00 € Bearbeitungsgebühr). Bei späterer Absage ist eine Rückerstattung der Gebühr ausgeschlossen. Der Einzug durch die Bank erfolgt innerhalb 2 Wochen nach der Veranstaltung. Die Mandatsreferenznummer erhalten Sie mit der Anmeldebestätigung (Pre-Notification). Ich bin damit einverstanden, dass der Zahnärztliche Bezirksverband Oberpfalz meine Daten zur Anmeldung und Durchführung des Kurses speichert. Die Weitergabe der Daten erfolgt nicht. Nach Ablauf der gesetzlichen Speicherfristen werden die Daten gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift f. **Kursanmeldung**

Unterschrift d. Kontoinhabers bzw. Bevollmächtigten f. **SEPA-Lastschriftmandat**