

Anmeldung

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz
Albertstraße 8
93047 Regensburg

Absender

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ Ort

Kurs am Referent:

Name/n der/des Teilnehmer/s:

Name/n der/des Teilnehmer/s:

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

E-MAIL-ADRESSE

Kreditinstitut

BIC des Kreditinstituts

DE - _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ein Rücktritt ist bis zu zwei Wochen vor Veranstaltungsbeginn möglich (20,00 € Bearbeitungsgebühr). Bei späterer Absage ist eine Rückerstattung der Gebühr ausgeschlossen, eine Ersatzperson kann jedoch benannt werden. 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. Eine 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**

Nähere Informationen zu unseren Fortbildungen finden Sie auf www.zbv-opf.de

Stand: Dezember 2020