

# ANMELDEFORMULAR PER FAX AN 069 427275-194

**Zu folgenden Workshops  
melde ich mich verbindlich an**

**Kurs-Nr.** \_\_\_\_\_

**Kurs-Nr.** \_\_\_\_\_

**Kurs-Nr.** \_\_\_\_\_

## **Kursgebühren**

für die **Workshops 01 und 17** jeweils **115,00 €** inkl. MwSt.

für alle anderen **Workshops** jeweils **85,00 €** inkl. MwSt.

**Paketpreis „3 für 2“** (ausgenommen WS 1 und 17):

bei Buchung von 3 Workshops Paketpreis **170,00 €** inkl. MwSt.

Einschließlich Pausenverpflegung und regelmäßigem Bustransfer  
zwischen dem CongressCenter Messe und dem Seminarzentrum der FAZH.

## **Zahnmedizinische Fachangestellte 1**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

## **Zahnmedizinische Fachangestellte 2**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

## **Zahnmedizinische Fachangestellte 3**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

## **Über die Teilnahmegebühr/en erteile ich Ihnen eine einmalige Abbuchungserlaubnis:**

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

## **Allgemeine Geschäftsbedingungen**

Die Anmeldung kann nur durch Erteilung einer Abbuchungsgenehmigung von Ihrem Konto erfolgen. **Anmeldeschluss ist der 1. November 2013.** Danach ist eine Anmeldung nur noch vor Ort möglich. Mündliche Nebenabsprachen sind unverbindlich, sofern sie nicht schriftlich bestätigt werden. Ausschließlicher Gerichtsstand ist Frankfurt am Main.

**Workshops:** Eine Stornierung der Teilnahme an Workshops ist nach erfolgter Teilnahmebestätigung durch die Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH nicht mehr möglich. Es erfolgt keine Gebührenrückerstattung. Die Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH behält sich die Absage eines Workshops vor, wenn die benötigte Mindestteilnehmerzahl nicht erreicht wird. Gehen mehr Anmeldungen als die vorgesehene Höchstteilnehmerzahl ein, wird die Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

## **Bitte faxen oder senden Sie die Anmeldung an die:**

Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH, Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt am Main

**Telefax: 069 427275-194**

E-Mail: seminar@fazh.de

Ihr Ansprechpartner: Herr Christian Müller Telefon: 069/427275-192 / E-Mail: christian.mueller@fazh.de

**Veranstaltungsort:** Seminarzentrum der FAZH, Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt