

Online: Website – www.kzvn.de
 E-Mail: fortbildungen@kzvn.de
 Fax: 0511 837267
 oder per Post

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen
 – Fortbildungsorganisation –
 Zeißstraße 11
 30519 Hannover

ABRECHNUNGSSTEMPEL

TEILNEHMENDE

VORNAME	<input type="checkbox"/> ZA/ZÄ <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in
NAME	SEMINARNUMMER
SEMINARTITEL	
E-MAIL-ADRESSE (bitte bei Online-Seminaren angeben)*	

VORNAME	<input type="checkbox"/> ZA/ZÄ <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in
NAME	SEMINARNUMMER
SEMINARTITEL	
E-MAIL-ADRESSE (bitte bei Online-Seminaren angeben)*	

VORNAME	<input type="checkbox"/> ZA/ZÄ <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in
NAME	SEMINARNUMMER
SEMINARTITEL	
E-MAIL-ADRESSE (bitte bei Online-Seminaren angeben)*	

VORNAME	<input type="checkbox"/> ZA/ZÄ <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in
NAME	SEMINARNUMMER
SEMINARTITEL	
E-MAIL-ADRESSE (bitte bei Online-Seminaren angeben)*	

*Datenschutzerklärung: Die von uns verwendete Software für Online-Seminare wird von edudip bereitgestellt. Für die Teilnahme an einem Online-Seminar bin ich damit einverstanden, dass meine Anmeldeinformationen (Name, Vorname und E-Mail-Adresse) an die edudip GmbH, Aachen, zwecks Verarbeitung weitergeleitet werden.

Datum

Unterschrift

Privatperson

- ZAH
 ZMF
 Beruf-Schul-Lehrer/-in

Mandatsreferenz

ABRECHNUNGSNUMMER
SEMINARNUMMER

SEPA-Basislastschrift

Ich ermächtige die KZVN, einmalig eine Zahlung von meinem Bankkonto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KZVN auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

VORNAME/NAME KONTOINHABER/-IN	
STRASSE	
PLZ	ORT
TELEFONNUMMER	
IBAN	

Datum/Unterschrift Kontoinhaber/-in | Rechnungsempfänger/-in

Bitte in Druckbuchstaben schreiben

ZAHLUNGSWEISE