

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

TEILNEHMER

Mandatsreferenz

ABRECHNUNGSNUMMER

SEMINARNUMMER

VORNAME

NAME

SEMINARNUMMER

SEMINARTITEL

E-MAIL-ADRESSE *

VORNAME

NAME

SEMINARNUMMER

SEMINARTITEL

E-MAIL-ADRESSE *

VORNAME

NAME

SEMINARNUMMER

SEMINARTITEL

E-MAIL-ADRESSE *

VORNAME

NAME

SEMINARNUMMER

SEMINARTITEL

E-MAIL-ADRESSE *

***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.

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

BAN

E-MAIL-ADRESSE *

Bitte in Druckbuchstaben schreiben

ZAHLUNGSWEISE

Datum

Unterschrift

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