**Anmeldung zum Workshop für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter**



**BuS-Dienst** 

**Gemeinsame Zahnärztliche Stelle BuS-Dienst**

**Praxisstempel:**

An Frau Schmöe / per Fax:0511 83391 306 oder E-Mail: dschmoee@zkn.de

**Absender:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Sofern Sie Mitarbeiter/innen durch Kurse zum Arbeitsschutz qualifizieren lassen möchten, schicken Sie uns bitte das ausgefüllte Formular zurück. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs bei der ZÄK WL berücksichtigt. Wir bestätigen Ihnen dann umgehend den verbindlichen Schulungstermin mit genauer Ortsangabe.

 **Name, Vorname der teilnehmenden Person (Bitte in Druckbuchstaben!!)**

|  |
| --- |
| Kurs-Nr.: |
| Kurs-Nr.: |
| Kurs-Nr.: |
| Kurs-Nr.: |

**Die Kursnummern finden Sie in der Terminübersicht.**

Bei Buchung von zwei Kursen am selben Tag besteht die Möglichkeit, ein gemeinsaes Mittagessen einzunehmen. Hierfür wird eine Pauschale von 15,- € p. P. fällig.

Buchung mit Mittagessen: Ja (wird mit Gebühr abgebucht) Nein

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**>>wiederkehrendes SEPA Basis-Lastschriftmandat <<**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 73ZZZ00000463770**

Ich ermächtige die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ggfs. von ZÄK WL auszufüllen) Mandatsreferenz (Mitglieds-/Teilnehmer-Nr.)

Kontoinhaber \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Vorname und Name

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Straße und Hausnummer PLZ und Ort

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_

 Kreditinstitut (Name) BIC

 D E \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_

 IBAN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift