BuS Dienst
Betriebsärztliche und Sicherheitstechnische Beratung

Kreuzen Sie bitte Ihre gewünschte Leistung an, ergänzen die benötigten Angaben und faxen Sie uns Ihre Anmeldung zurück an:
0251/ 507 65 533

Praxisführung:

BuS-Schulung + Betreuungspauschale für 2 Jahre (Die Betreuung durch den BuS-Dienst beginnt mit der Teilnahme an der BuS-Schulung - Anmeldung s.u.)	296,10- € (inkl. 107,10- €) ☐

Modul BuS-Schulung: „Arbeitsschutz für die eigene Zahnarztpraxis" (Schulung Praxisinhaber/in zur sicherheitsverantwortlichen Person einer Praxis)	107,10- € Anmeldung vornehmen (s.u.) ☐
Modul BuS-Dienst: Betriebsärztliche + Sicherheitstechnische Betreuung (Bitte Kopie der Teilnahmebestätigung der BuS-Schulung beifügen)	189- € (94,50- € pro Jahr) (Betreuungspauschale) ☐

Anmeldung BuS-Schulung: „Arbeitsschutz für die eigene Zahnarztpraxis"

Bitte buchen Sie meine Teilnahme ein am Datum/Kurs-Nr:	☐
Ich habe bereits **online** den folgenden Kurs gebucht Datum/Kurs-Nr:	☐

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Akademie für Fortbildung der ZÄKWL (einsehbar unter www.zahnaerzte-wl.de) wird Bestandteil des mit uns geschlossenen Vertrag. Mit Unterschrift dieser Anmeldung akzeptieren Sie deren Geltung.

Kursteilnehmer:_____
(Vor- u. Nachname, Geburtsdatum)
Anschrift:
_____
_____
_____
Datum, **Unterschrift** Teilnehmer
Zahlungspflichtiger sofern abweichend:
_____
(Vor- u. Nachname, Geburtsdatum)
Zahlungspflichtiger Adresse / ggfs. Praxisstempel:

_____
Datum, Unterschrift Zahlungspflichtiger

☐ **Zahlung per Überweisung**

☐ **SEPA Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, **einmalig eine Zahlung** 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 ZÄKWL auszufüllen) _____
Mandatsreferenz (Mitglieds-/Teilnehmer-Nr.)

Kontoinhaber _____
Vorname und Name

_____ ___ _____
Straße und Hausnummer PLZ und Ort

_____ _ _ _ _ _ _ _ _ / _ _ _
Kreditinstitut (Name) BIC

D E _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _
IBAN

_____
Ort, Datum **Unterschrift**

Zahnärztekammer
Westfalen-Lippe

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe – Auf der Horst 29 - 31 – 48147 Münster – www.zahnaerzte-wl.de
Gläubiger- Identifikationsnummer: DE 73ZZZ00000463770