BUS Dienst
Betriebsärztliche und Sicherheitstechnische Beratung

Kreuzen Sie bitte Ihre gewünschte Leistung an, ergänzen die benötigten Angaben und mailen Sie uns Ihre Anmeldung inkl. der Vereinbarung zurück an: bus-dienst@zahnaerzte-wl.de

Praxisführung:

BuS-Schulung + Betreuungspauschale für 2 Jahre (Die Betreuung durch den BuS-Dienst beginnt mit der Teilnahme an der BuS-Schulung - Anmeldung s.u.)	337,80- € (inkl. 142,80- €) ☐

Modul BuS-Schulung: „Arbeitsschutz für die eigene Zahnarztpraxis" (Schulung Praxisinhaber/in zur sicherheitsverantwortlichen Person einer Praxis)	142,80- € Anmeldung vornehmen (s.u.) ☐
Modul BuS-Dienst: Betriebsärztliche + Sicherheitstechnische Betreuung (Bitte Kopie der Teilnahmebestätigung der BuS-Schulung beifügen)	195- € (97,50- € 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

Zahlungspflichtige/-r sofern abweichend:
_____
(Vor- u. Nachname, Geburtsdatum)

Zahlungspflichtige Adresse / Praxisstempel:

_____
Datum, Unterschrift Zahlungspflichtige/-r

☐ **Zahlung per Überweisung**

☐ **SEPA Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, **Zahlungen** von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.
Hinweis: Es kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz (ggfs. von ZÄKWL auszufüllen) _____ Praxisbezeichnung/ Praxisnummer

Name/-n **aller** Kontoinhaber _____ Vorname und Name oder Mandats-/Referenznummer
_____ Vorname und Name oder Mandats-/Referenznummer
_____ Vorname und Name oder Mandats-/Referenznummer
Weitere ggfls. gesondert aufführen

_____ Straße und Hausnummer
_____ PLZ und Ort
_____ Kreditinstitut (Name)
_ _ _ _ _ _ _ _ / _ _ _ BIC
D E _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ IBAN

_____
Ort, Datum **Unterschrift/-en**

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe