D Anmeldung

Bitte in Druckbuchstaben ausgefüllt faxen an
069 427 275-555
oder per E-Mail an: roentgen@fazh.de

LZK Hessen

FAZH Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH

Anmeldung zum Aktualisierungskurs Röntgen für Zahnärztinnen/ Zahnärzte

Kurs-Nr. _ _ _ _ _ — _ _ _ _ _ am _____

Alternativtermin:

Kurs-Nr. _ _ _ _ _ — _ _ _ _ _ am _____

☐ **Bitte unbedingt ankreuzen!** (*Sonst keine Teilnahme möglich!)*
Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass der Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz bzw. die letzte Aktualisierung dieser Fachkunde im Strahlenschutz nicht länger als 5 Jahre vor dem von mir gewählten Veranstaltungsdatum erfolgt ist.

☐ Der von mir gewählte Veranstaltungstermin liegt nicht innerhalb meiner **tagesgenauen 5-Jahresfrist**. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich bei der zahnärztlichen Röntgenstelle der LZKH einen Antrag auf verspätete Aktualisierung stellen muss (Antragsformular) und füge diesen vollständig ausgefüllt meiner Anmeldung zum Aktualisierungskurs bei der FAZH bei.

Kursteilnehmer
Name, Vorname:_____

Bitte Privatadresse angeben (für Röntgenbescheinigung erforderlich)

Straße, Haus-Nr.:_____ PLZ, Ort:_____

Geburtsort:_____ Geburtsdatum:_____

Telefon:_____ E-Mail:_____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55FZH00000556826; Mandatsreferenz: wird auf der Rechnung mitgeteilt
SEPA-Lastschriftmandat
Ich ermächtige die FAZH GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der FAZH GmbH 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

_____ _ _ _ _ _ _ _ |_ _ _
Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: D E _ _ |_ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ Kontoinhaber _____

Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Praxisstempel

Die FAZH erhebt, verarbeitet und speichert die von Ihnen eingegebenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Verarbeitung Ihrer Anmeldung und gemäß den Regelungen der DSGVO. Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Im Anhang finden Sie unsere Datenschutzerklärung.

Einwilligung:

☐ Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung der FAZH gelesen und verstanden habe.

Eine Bearbeitung der Anmeldung ohne Ihre Einwilligung ist uns leider nicht möglich. Hierfür bitten wir um Ihr Verständnis.__

_____
E-Mailadresse des Rechnungszahlers (Wichtig, bitte angeben!)