Anmeldung

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

Anmeldung zur Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz (ZFA/ZAH)

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

Wichtiger Hinweis (*Sonst keine Teilnahme möglich!)*
Voraussetzung zur Teilnahme ist der Nachweis der Kenntnisse im Strahlenschutz („Röntgenschein“)!

Kursteilnehmer/in

Name _____ Vorname _____

Geburtsname _____ Geburtsdatum _____

Geburtsort _____ **E-Mail** _____

Straße Haus-Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

Bitte unbedingt ankreuzen! (Sonst keine Teilnahme möglich!)

☐ Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass der Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz („Röntgenschein“) bzw. die letzte Aktualisierung dieser Kenntnisse nicht länger als 5 Jahre vor dem von mir gewähltem 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.

_____ _____
Ort, Datum *Unterschrift Kursteilnehmer/in*

Die Zahlung der Gebühr erfolgt durch

☐ **Überweisung** nach Erhalt einer Rechnung

durch ☐ Teilnehmer_____ ☐ Arbeitgeber_____
Unterschrift Name und Unterschrift

☐ **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!)