

## ANMELDUNG ZUM REVISIONSKURS AM 16. – 18.MAI 2024 IN MÜNCHEN

E-MAIL: [INFO@TEC2-ENDO.DE](mailto:INFO@TEC2-ENDO.DE) FAX + 49 (0) 83 31 -98 09 07

Herr  Frau  Ausbildungs-Assistent  
Titel, Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse

Telefon

Mobil

Zahnarztpraxis

### Bei Wohnsitz bzw. Praxisstandort außerhalb Deutschlands:

- Angestelltenverhältnis
- Selbstständig  
wenn ja:
- Nachweis über die  
Unternehmereigenschaft innerhalb der  
EU durch die  
Umsatzsteueridentifikations-nummer  
.....
- außerhalb der EU durch  
Unternehmerbescheinigung der  
zuständigen Stadt/Gemeinde oder

Rechnung an Praxisadresse:

Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

- per Überweisung
- Ratenzahlung per Lastschrifteneinzug gem. SEPA-Mandat in **vier Teilraten** zzgl. Verwaltungspauschale 40,-€

**Kontoinhaber**

**IBAN**

**BIC**

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die TEC2 GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der TEC2 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

Die Teilnahmebedingungen von TEC2 habe ich gelesen und akzeptiert.

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift / Praxisstempel

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme und wünschen Ihnen jetzt schon viel Erfolg!

Ihr TEC2-Team