

VERBINDLICHE ANMELDUNG ZUM ABRECHNUNGSKURS - PRIVATLEISTUNGEN BEI GKV-PATIENTEN -

E-MAIL: 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
Finanzverwaltung

Rechnung an Praxisadresse:

Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

- per Überweisung
 per Lastschrifteneinzug gem. SEPA-Mandat

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.

Unterschrift / Praxisstempel

Datum

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

Ihr TEC2-Team