

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 (Nachweis erforderlich)

Titel, Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse

Telefon

Mobil

Name, Anschrift
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

Die Teilnahmebedingungen/AGB's von TEC2 habe ich gelesen und akzeptiert

Ort, Datum

Unterschrift Kursteilnehmer-/in

Rechnungsadresse:

Rechnung an Privatadresse

Rechnung an einen alternativen Rechnungsempfänger (z.B. Arbeitgeber-in / Praxis) *

*ACHTUNG:

Bei Zahlung durch einen alternativen Rechnungsempfänger

Verantwortliche(r) bzw. Schuldner(in) für die Gesamtsumme des Kurses ist:

Titel, Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Die Teilnahmebedingungen/AGB's von TEC2 habe ich gelesen und akzeptiert

Unterschrift in Druckbuchstaben

Unterschrift Praxisinhaber-in

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

Ihr TEC2-Team