

per FAX
0211 - 43076-20
oder
per Mail
info@zid.de

Anmeldung

Für den Lehrgang *Geprüfte/r kieferorthopädische/r Techniker/in im Zahntechniker Handwerk* vom 26.02.2027 - 17.02.2028 melde ich mich verbindlich an. Die Teilnahmebedingungen sind mir bekannt.

Arbeitgeber

Praxis

Anschrift

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Datum / Unterschrift

Wer bezahlt?

☐ Arbeitgeber

Wie wird bezahlt?

☐ Einmalzahlung 5 % Rabatt

Teilnehmer/in

Name, Vorname

Anschrift

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Datum / Unterschrift

☐ Teilnehmer/in

☐ Ratenzahlung

Die Kursgebühren werden per SEPA-Lastschrift eingezogen. Dazu benötigen wir zusätzlich die nachfolgende Ermächtigung:

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Zahntechniker-Innung Düsseldorf, die Kursgebühren, zum jeweiligen Fälligkeitstermin von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Firma / Name

Geldinstitut

IBAN

BIC

Datum / Unterschrift

Unterschrift