

Per Fax an: 06351-9994993



Seminaranmeldung

Ja, ich melde folgende Personen zu nachfolgenden Bedingungen an:

Schulungsort: Kaiserslautern

- | | | |
|--------------------------------------|------------|-----------------------|
| • Zuzahlungsmöglichkeiten | 11.03.2017 | 9.00 Uhr - 16.30 Uhr |
| • GOZ Expertenwissen | 18.03.2017 | 9.00 Uhr - 16.30 Uhr |
| • GOZ wirtschaftl. Betrachtungsweise | 24.03.2017 | 9.00 Uhr - 16.30 Uhr |
| • Erfolgreiche Dokumentation | 25.03.2017 | 9.00 Uhr - 16.30 Uhr |
| • Kundenbindung light | 17.03.2017 | 14.00 Uhr - 18.00 Uhr |
| • Entwicklung einer Servicequalität | 24.03.2017 | 14.00 Uhr - 18.00 Uhr |

Vorname:

Nachname:

Für unsere Ganztages-Seminare erhalten Sie gemäß den Leitsätzen der BZÄK 8 Fortbildungspunkte pro Tag. Alle angegebenen Seminarpreise verstehen sich zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer und gelten je Seminar und pro Teilnehmer. Für jeden weiteren Teilnehmer aus derselben Praxis reduziert sich der Teilnahmepreis dann um 10%. Bestandskunden der dental-admin-solutions erhalten generell einen 10%igen Vorteil. In den genannten Preisen enthalten sind ein umfangreiches Skript und ein Teilnehmerzertifikat. Weiterhin sind Tagungsgetränke, Pausensnacks und ein Mittagmenü inkludiert. Die Tagungsräumlichkeiten teilen wir Ihnen bei der Teilnahmebestätigung mit. Aufgrund der strengen Limitierung auf 20 Teilnehmer, werden die Plätze nach dem Eingang der Anmeldungen bearbeitet.

Stornierungsmöglichkeit: Sie haben die Möglichkeit bis zu 2 Wochen vor Seminarbeginn kostenfrei schriftlich zu stornieren. Danach werden bis 3 Tage vorher 50% der Gesamtsumme fällig. Wir bitten um Verständnis, dass wir bei späterer Stornierung oder bei Nichterscheinen des Teilnehmers die volle Gebühr berechnen. Sie haben jederzeit die Möglichkeit einen Ersatzteilnehmer zu nennen.

Wir behalten uns vor, die Veranstaltung aus wichtigem Grund (z. B. bei Erkrankung der Referentin) gegen Nennung eines Alternativtermins abzusagen. Darüberhinausgehende Ersatz- und Ausfallansprüche bestehen nicht.

Rechnungsanschrift/Stempel

Kunden-Nr.:.....

Tel.:Nr.:.....

Email:.....

.....

Datum/Unterschrift d. Praxisinhaberin/Praxisinhabers