

Lachgasausbildung.de

Anmeldeformular bitte per Fax an 02150 7098 632 oder per Mail an mail@lachgasausbildung.de

Hiermit melde ich folgende Personen zur Lachgasausbildung an:

Titel, Vorname, Name:

Tätigkeit:

Kursnummer:

Titel, Vorname, Name:

Tätigkeit:

Kursnummer:

Titel, Vorname, Name:

Tätigkeit:

Kursnummer:

Zahlungspflichtige Praxis:

Name der Praxis:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Email:

Telefon:

Die Anmeldung zur Fortbildung erfolgt schriftlich auf diesem Anmeldeformular oder formlos. Aus organisatorischen Gründen ist die Anmeldung so früh wie möglich wünschenswert. Die Anmeldungen werden nach der Reihenfolge des Anmeldeeingangs vorgenommen. Die Teilnehmerzahlen sind begrenzt.

Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine Kursbuchungsbestätigung. Damit ist die Teilnahme verbindlich. Bei Stornierung der Teilnahme innerhalb eines Zeitraums von weniger als 21 Kalendertagen vor dem gebuchten Termin, kann keine Erstattung der Kursgebühr erfolgen. Eine kostenfreie Umbuchung auf einen späteren Kurs ist jedoch möglich. Der Veranstalter behält sich vor, die Veranstaltung bis vier Wochen vor dem Veranstaltungstermin zu stornieren, falls Umstände eintreten, die die Durchführung der Veranstaltung nicht ermöglichen.

Veranstalter der Fortbildung ist die med.dent.minds GmbH, Rheinstraße 20, 40668 Meerbusch, Tel: 02150 7098631, Fax: 02150 7098632, mail@med-dent-minds.de, Handelsregister Neuss HRB 16717, USt.-ID-Nr. DE284672771
apoBank Düsseldorf, IBAN: DE91 3006 0601 0001043889, BIC: DAAEDEDXXX