

**Teilnehmer/Teilnehmerin**

Zahnarzt/Zahnärztin      Studierende/r (kostenfrei, Nachweis erforderlich per Post, Mail oder Fax)

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

**Adresse des Rechnungsempfängers**

Praxisadresse

Privatadresse

\_\_\_\_\_  
Titel, Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

**Kinderbetreuung während der dentEvent Fortbildungsveranstaltung**

Ich nehme die Kinderbetreuung inklusive Essen und Getränke zum Preis von 20 € pro Kind in Anspruch.

\_\_\_\_\_  
Anzahl Kinder

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Alter

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Alter

**Zahlung**

Zahlungsweise des Konferenzbeitrags von 89,- Euro pro Teilnehmer regulär (plus ggf. Kinderbetreuungspauschale in Höhe von 20 € pro Kind) bzw. kostenfrei für Studierende inkl. Pausensnacks, Mittagessen und Getränke; Studierende erhalten keine Fortbildungspunkte.

SEPA-Lastschrift – Einzugsermächtigung (Abbuchung erfolgt am 24. Januar 2018)

Überweisung

IBAN: DE96 3006 0601 0501 2230 38 (BIC DAAEDEDXXX)

Deutsche Apotheker- und Ärztebank

Abbuchung vom Honorarkonto - bitte Abrechnungsnummer angeben: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Geschäftsbedingungen**

Der Rücktritt von der Anmeldung muss schriftlich und bis spätestens Montag, 8. Januar 2018, erfolgen. Bei nicht erfolgtem schriftlichen Rücktritt wird die Konferenzgebühr für bestätigte Plätze auch bei Nichtteilnahme fällig. Die Veranstalter behalten sich vor die Veranstaltung abzusagen, wenn die benötigte Teilnehmerzahl nicht erreicht wird. Gehen mehr Anmeldungen als die vorgesehene Höchstteilnehmerzahl ein, wird die Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. Während der Veranstaltung werden Bild- und Tonaufnahmen für die Öffentlichkeitsarbeit der KZV BW und der LZK BW gemacht. Mit Ihrer Anmeldung erklären Sie sich mit der Veröffentlichung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Post, Fax oder E-Mail an:

Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg  
Albstadtweg 9, 70567 Stuttgart