

Geschäftsstelle ÄFZ Stuttgart e.V.
Gemeinschaftspraxis Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Dr. Meschenmoser & Dr. Bittner
Marienplatz 1

70178 Stuttgart

Seminaranmeldung bitte an unsere neue Fax-Nr!

+ 49 711. 60 17 18 32

03/2019

ZTM Arnold Drachenberg

→ **Ästhetik und Funktion –
Die Funktionalität der Ästhetik kann durch viele Faktoren beeinflusst werden.**

**Mittwoch, den 16. Oktober 2019
um 18.00 Uhr
Haus der Architekten, Stuttgart**

» **Anmeldeschluss spätestens 2 Tage vor Seminarbeginn!**

Ansonsten kommt zu den Seminargebühren eine zusätzliche Gebühr von 30,- Euro pro Teilnehmer hinzu.

Die Seminargebühren betragen für Mitglieder 85,- Euro, die zweite angemeldete Person bezahlt nur 70,- Euro, weitere Personen nur noch je 55,- Euro. Die genannten Vergünstigungen gelten **nur für Angestellte und Mitarbeiter** eines Betriebes mit Mitgliedschaft im ÄFZ Stuttgart e.V. Die Seminargebühren für Nichtmitglieder betragen 110,00 Euro.

» **Folgende Personen nehmen am Seminar teil: (bitte Blockschrift in Großbuchstaben, leserlich)**

1.		<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> Nichtmitglied
2.		<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> Nichtmitglied
3.		<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> Nichtmitglied
4.		<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> Nichtmitglied
5.		<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> Nichtmitglied
6.		<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> Nichtmitglied
7.		<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> Nichtmitglied
8.		<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> Nichtmitglied

Der Gesamtbetrag wird vom ÄFZ eingetragen

Euro

» **Ermächtigung zum Einzug des o.g. Betrags durch Lastschriftverfahren.**

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Gebühren bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber		IBAN	DE
Kreditinstitut		BIC-Code	

» **Rechnungsempfänger**

Name	
Straße/PLZ/Ort	

» **Unterschrift**

Stempel

Geschäftsstelle ÄFZ Stuttgart e.V.
Gemeinschaftspraxis Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Dr. Meschenmoser & Dr. Bittner
Marienplatz 1 70178 Stuttgart

Telefon +49.711.60 17 18 31
Telefax +49.711.60 17 18 32
vorstand@aefz.de/info@aefz.de
www.aefz.de