

Anmeldeformular IN-TRA Dent Kurszentrum

Fax 0961/63491351

Kursbezeichnung: _____

Kurstermin: _____

Vorname: _____

Name: _____

Adresse: _____

Praxis/Adresse: _____

Datum/Unterschrift: _____

Praxisstempel: _____

Rechnung: Praxis Privatadresse

Zahlungsart / AGB

Nach Eingang erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung und Rechnung über die Teilnahmegebühr.

Wir setzen unsere AGBs als bekannt voraus. Andernfalls bitten wir Sie, diese anzufordern.

Bis zwei Wochen vor Kursbeginn haben Sie die Möglichkeit kostenfrei schriftlich zu stornieren. Bitte haben Sie Verständnis wenn bei Nichterscheinen eines angemeldeten Kursteilnehmers die volle Gebühr berechnet werden muss. Selbstverständlich können Sie jederzeit einen Ersatzteilnehmer benennen.