



**IN-TRA Dent**

**Angelika Reinl**

## **Anmeldeformular IN-TRA Dent Kurszentrum**

**Fax 09603/9030638**

Kursbezeichnung: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Praxis: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Praxisstempel: \_\_\_\_\_

### **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.**

Frh.-v.-Lichtenstern-Str. 3 • D-92685 Floss • Tel.: 0049-(0)9603-9030640 • Fax: 0049-(0)9603-9030638

Inhaberin: Angelika Reinl • Ust-IdNr.: DE 263 020 030 • Steuernummer: 255/261/40039

Bankverbindung: Raiffeisenbank Floss • BLZ 753 620 39 • Konto 732 923

www.in-tra.de • info@in-tra.de