

Faxantwort

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Filiale Frankfurt
Herrn Alexander Lenz
Mainzer Landstr. 275
60326 Frankfurt/Main

**Erfolgreich in die Selbstständigkeit:
Start frei für die eigene Zahnarztpraxis.
Existenzgründer-Workshop der apoBank in exklusivem Ambiente.**

Zur Teilnahme am Existenzgründer-Workshop „Start frei für die eigene Zahnarztpraxis“ vom 19.–21. September 2008 auf Mallorca melde ich mich hiermit verbindlich an. Die Teilnahmebedingungen erkenne ich an.

Die apoBank übernimmt den Großteil der Seminarkosten, sodass für mich nur noch ein **Teilnehmerpreis** in Höhe von 149,-- Euro anfällt. Diesen Betrag überweise ich auf das Konto Nr. 079 979 0098 bei der apoBank, BLZ 500 906 07 unter dem Verwendungszweck „Workshop Eigene Zahnarztpraxis“.

Anrede: _____

Titel Vorname Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort.: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Teilnahmebedingungen:

Der Teilnehmerpreis ist vier Wochen vor Veranstaltungsbeginn gegen Rechnungsstellung fällig. Aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl werden die Anmeldungen in der Reihenfolge des Post-/Faxeingangs berücksichtigt. Eine gesonderte Bestätigung erhalten Sie nicht. Sie werden jedoch rechtzeitig informiert, wenn Ihre Anmeldung nicht mehr berücksichtigt werden kann. Sofern eine angemeldete Person nicht am Seminar teilnimmt, ist Teilnehmerpreis dennoch fällig. Sie erklären sich

damit einverstanden, dass die apoBank als Veranstalter nach Durchführung des Seminars mit Ihnen Kontakt aufnehmen kann.

Faxen Sie einfach dieses Formular ausgefüllt an folgende Nummer:

069 795092-218