# Teilzahlungsmodelle

praxisDienste
Institut für Weiterbildung

## Teilzahlungen für den PAss-Kurs

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Anmeldung zum PAss-Kurs Ihrer Wahl. Wir bieten Ihnen gerne an, Ihre Fortbildungsgebühr in zwei Raten zu entrichten.

Als Zahlungsweise können wir Ihnen im Rahmen dieser Teilzahlungen ausschließlich Lastschrift anbieten.
Bitte beachten Sie, dass eine geringe Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 50,- anfällt. Gegebenenfalls entstehende Gebühren für zurückgegebene oder nicht eingelöste Lastschriften werden an Sie weiterbelastet.

Bitte vergessen Sie nicht, Ihre Kontodaten anzugeben und das Lastschriftmandat auf der zweiten Seite auszufüllen.

### Teilzahlung - falls gewünscht bitte ankreuzen:

| | Regulär | ☐ Teilzahlungen |
|---|---|---|
| Fortbildungsgebühr | € 1.050,- | € 1.050,- |
| Bearbeitungsgebühr | – | € 50,- |
| **Gesamtbetrag** | **€ 1.050,-** | **€ 1.100,-** |
| Zahlung<br>(4 Wochen vor Kursbeginn) | € 1.050,- | € 550,- |
| Teilzahlung Restbetrag<br>(4 Wochen später) | – | € 550,- |

### Antwort / Bestätigung an aufstieg@praxisdienste.de oder Fax 0 62 21 - 72 93 791

Name Teilnehmer:in: _____

Prophylaxe-Assistent:in ☐ PAss-Kurs Präsenz (Stadt eintragen): _____

beziehungsweise ☐ PAss Online-/Präsenzkurs

Ich wünsche die Teilzahlung in zwei Raten. Hiermit erteile ich dem praxisDienste – Institut für Weiterbildung die Ermächtigung, die Teilnahmegebühr von meinem Konto einzuziehen
(siehe Lastschriftmandat auf der folgenden Seite).

_____

Ort, Datum und Unterschrift

# SEPA - Lastschrift

praxisDienste
Institut für Weiterbildung

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE49ZZZ00001166094**

praxisDienste – Institut für Weiterbildung / white cross GmbH • Am Taubenfeld 10 • 69123 Heidelberg

Hiermit ermächtige ich das praxisDienste – Institut für Weiterbildung / white cross GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom praxisDienste – Institut für Weiterbildung / white cross GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name: | | Vorname: | |
| Straße: | | PLZ, Ort: | |

| | |
|---|---|
| Kreditinstitut: | |
| BIC: | |
| IBAN: | |
| Abweichende:r Kontoinhaber:in | |

Art der Zahlung ☐ Einmaliger Einzug ☐ Wiederkehrender Einzug

Ort, Datum Unterschrift

| | |
|---|---|
| Mandatsreferenz: Bitte nicht ausfüllen | |

**Antwort / Bestätigung an aufstieg@praxisdienste.de oder Fax 0 62 21 - 72 93 791**

Drucken Speichern Zurücksetzen