



Anmeldung

Antwort-Fax an: 0 70 71 9 75 57 20

DentalSchool StudyClub

- StudyClub Mitglied 1.200,- €* / Jahr
- StudyClub Premium-Mitglied 1.990,- €* / Jahr

Hiermit beantrage ich meinen persönlichen StudyClub Mitgliedschaft gemäß Leistungsumfang Seite 10 DentalSchool Broschüre bzw. www.dentalschool.de/studyclub

Titel, Name _____ Vorname _____

Praxis _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Fon, Fax _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____ gewünschter Beginn der Mitgliedschaft _____

Ich bezahle die jährliche StudyClub Mitgliedschaft wie folgt und habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen, den aktuellen Leistungsumfang der Mitgliedschaft und die Preise (www.dentalschool.de/studyclub), sowie die Datenschutzerklärung der DentalSchool GmbH zur Kenntnis genommen.

- Überweisung
- Lastschrifteinzug (2% Rabatt)

Kontoinhaber _____ Bank _____

IBAN _____ BIC (nur, wenn IBAN nicht mit DE beginnt) _____

Datum _____ Unterschrift _____

* Alle Preise zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer. Jede StudyClub Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn diese nicht 3 Monate vor Ablauf der Mitgliedschaft gekündigt wurde. Die Kündigung muss per Schriftform erfolgen, es gilt der Poststempel des Posteingangs bei der DentalSchool.

