

DentBeratung – Thomas Kirches Casinostr.4 47877 Willich Tel. +49 2154- 50 25 35 6 Fax +49 2154 - 50 25 35 7 www.dentberatung.de info@dentberatung.de

PRAXISGRÜNDUNGSSEMINAR MALLORCA 27. - 30. JUNI 2019

Die Teilnahmegebühr (jeweils zzgl. MwSt.) beträgt:

€ 350,00 pro Person im Doppelzimmer € 430,00 im Einzelzimmer (begrenztes Kontingent)

Darin sind folgende Leistungen enthalten: • Hin- und Rückflug ab/bis Deutschland, Steuern und Gebühren / • Transfer Flughafen Palma – Hotel – Flughafen Palma / • 3 Übernachtungen in einer 4***-Apartmentanlage in Cala Ratjada / • Frühstück, Abendessen, Seminargetränke und Imbiss / • außergewöhnliches Rahmenprogramm

Verantwortlich für Seminar inkl. Rahmenprogramm:

DentBeratung - Thomas Kirches

Casinostr. 4 47877 Willich

Tel.: 02154 / 50 25 35 6 kirches@dentberatung.de

Verantwortlich für die Reiseorganisation:

Reisebüro Esser GmbH & Co. KG

Rheinstr. 106. 47798 Krefeld

Tel.: 02151 - 811 215

gesche.haep@reise-esser.de

Anrede (Frau/Herr)	Titel	Name	Vorname	GebDatum
traße				
LZ Ort				
Геl.:			Mobil	
E-Mail				_
Belegung des Doppe	Izimmers	mit		☐ Einzelzimmer gewünscht
Die Anmeldung diese	er Person r	nuss separat erfolgen.		
Bevorzugter Flughafen ab/bis:			Alternativ:	
Reiseversicherung ge	ewünscht	? ia □	nein □	
			es. Nach erfolgter Anmeldung erhält der T	eilnehmer eine Bestätigung und Rechnung über de
Reisepreis. Die Anzahl	ung in Höhe vo	on 40% ist innerhalb von 10 Tagen ab R	echnungsdatum per Überweisung fällig. D	Der Restbetrag bis zum 15.Mai 2019.
• •			is angegebene Bankkonto der DentBeratu	•
-	-			r Reisebeginn oder Nichtantritt 95% des Reisepreis
			larzt / keine eigene Praxis / selber Flughaf	en ab/bis) gegen eine Gebühr von 50EUR/Person
•	-	nten Stornierungskosten an.	H & Co. V.C. gobucht und organiciart. Da di	e Flüge individuell eingekauft werden, gelten für di
		•	•	e ridge malvidden emgekaant werden, genem at d en und/oder Tragen der vollen Kosten bzw.
			en werden passend zum Seminar geplant.	
				eisebüro Esser GmbH & Co. KG zu reisebezogenen
Zwecken genutzt und	gespeichert w	erden. Ich erteile die Zustimmung zur V	Veitergabe meiner Daten im Rahmen des	Praxisgründerseminars.
Datum			Unterschrift	