

**Anmeldung**

**Kontinuum Parodontologie & Implantattherapie WS 2024/25 + SoSe 2025**

*Wichtig: Bitte alle Felder ausfüllen und ggf. auch abweichende Dienstanschrift sowie die gewünschte "Rechnungsadresse" angeben.*

Titel Vorname Name \_\_\_\_\_

Privatadresse

Straße Nr. \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Dienstanschrift

Straße Nr. / Postfach \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse und Ansprechperson (falls abweichend)

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Persönliche Weiterbildungsziele

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich melde mich hiermit verbindlich zum Kontinuum Parodontologie & Implantattherapie an. Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Teilnahmebedingungen an (siehe Seite 2).

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## **Teilnahmebedingungen**

Für die Teilnahme am Kontinuum (Veranstaltungen im Zeitraum 01. Oktober 2024 bis 30. September 2025, Präsenzveranstaltung nicht enthalten) wird ein Teilnahmeentgelt in Höhe von € 650,00 erhoben.

Ihre Anmeldung ist in schriftlicher Form (per Post, E-Mail oder Fax) erforderlich und erfolgt verbindlich:

## **Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg**

Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie  
Sektion Parodontologie  
Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg  
Email: [julia.lang.zmk@uniklinik-freiburg.de](mailto:julia.lang.zmk@uniklinik-freiburg.de)  
Fax: 0761 270-47390

Nach vollzogener Anmeldung erhalten Sie eine Eingangsbestätigung. Zwei Wochen vor Beginn der Veranstaltung erhalten Sie die Rechnung und die Mitteilung der Durchführung. Das Teilnahmeentgelt wird zu diesem Zeitpunkt fällig. Beachten Sie bitte, dass dem Veranstalter bei Überweisungen aus dem Ausland keine Bankgebühren berechnet werden; informieren Sie sich hierzu bitte bei Ihrer Bank.

Zulassungsvoraussetzung ist der Abschluss des Studiengangs Master Parodontologie und Implantattherapie (vormals MasterOnline Parodontologie & Periimplantäre Therapie).

## **Rücktritt**

Bei Rücktritt (nur schriftlich) von der Teilnahme bis zwölf Werktage vor Beginn der Veranstaltung (Datum des Poststempels) wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 20,00 erhoben. Sagt eine Teilnehmerin/ein Teilnehmer die Teilnahme danach ab (Datum des Poststempels), besteht der Anspruch auf Rückzahlung des Teilnahmeentgelts nur in Höhe von 50%. Im Falle der Nichtteilnahme ohne Abmeldung oder der nur teilweisen Teilnahme an der Veranstaltung besteht kein Anspruch auf Rückerstattung des Teilnahmeentgelts. Die Nichtbezahlung der Ihnen zugesandten Rechnung wird nicht als Stornierung anerkannt.

## **Mindestteilnehmer\*innenzahl und Absage der Veranstaltung**

Wird die Mindestteilnehmer\*innenzahl (10 Personen) nicht erreicht, so kann die Veranstaltung nicht durchgeführt werden.

Der Veranstalter behält es sich darüber hinaus vor, Veranstaltungen aufgrund höherer Gewalt oder aus sonstigen triftigen Gründen abzusagen. Bereits entrichtete Teilnahmeentgelte werden in diesen Fällen ohne Abzug zurückerstattet. Weitergehende Ansprüche sind ausgeschlossen.

## **Haftungsausschluss**

Ein Versicherungsschutz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch den Veranstalter besteht nicht.

## **Datenschutz**

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind mit der Aufnahme ihrer Daten einverstanden. Der Veranstalter verpflichtet sich, diese Daten ausschließlich für die Veranstaltungsverwaltung zu verwenden.