

## Anmeldeformular Zahnärzte

Bitte ausfüllen und dann einfach faxen (040-73 34 05-76) oder mit der Post schicken.

Bitte deutlich in Blockschrift für das Zertifikat ausfüllen.

### Daten Teilnehmer/in:

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Fachbezeichnung: \_\_\_\_\_

### Rechnungsanschrift:

Praxis: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

| Kurs-Nr. | Datum | Referent | Teilnehmergebühr |
|----------|-------|----------|------------------|
|          |       |          |                  |
|          |       |          |                  |
|          |       |          |                  |
|          |       |          |                  |
|          |       |          |                  |
|          |       |          |                  |
|          |       |          |                  |
|          |       |          |                  |

|  |   |
|--|---|
| Zahnärztekammer Hamburg<br>– Zahnärztliche Fortbildung –<br>Postfach 74 09 25 • 22099 Hamburg<br>Telefon (040) 73 34 05-37 bzw. -38<br>Telefax (040) 73 34 05-76<br>E-Mail: <a href="mailto:fortbildung@zaek-hh.de">fortbildung@zaek-hh.de</a> | <b>Bankverbindungen:</b><br><i>Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Hamburg:</i><br>Konto Nr. 000 161 27 86 (BLZ 300 606 01)<br><br><i>Postbank Hamburg:</i><br>Konto Nr. 205 25-206 (BLZ 200 100 20) |
|--|---|

Ich werde die Teilnehmergebühr nach Erhalt der Bestätigung überweisen.

Stempel/Unterschrift/Datum: \_\_\_\_\_