

Anmeldeformular Team

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

Ich werde die Teilnehmergebühr nach Erhalt der Bestätigung überweisen.

Stempel/Unterschrift/Datum: _____