

Anmeldeformular Team

Fax: (040) 73 34 05-76



Vorname _____ Nachname _____

Titel _____ Fachbezeichnung _____

Rechnungsanschrift

Praxis _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Für folgende/n Fortbildungskurs/e melde ich mich hiermit verbindlich an:

Kurs-Nummer	Termin	Referent	Gebühr

**Hiermit (Bitte Haken im Feld links setzen.) akzeptiere ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen für Fortbildungsveranstaltungen der Zahnärztekammer Hamburg:
<http://kurzelinks.de/j02k>**

Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr erst nach Erhalt der Rechnung, die wir Ihnen mit der Teilnahmebestätigung zusenden.

Unterschrift/Stempel/Datum