ZAHNWERK BERLIN

ZAHNWERK BERLIN GMBH LINIENSTRASSE 65 A 10119 BERLIN TEL: 030/40042894 FAX: 030/27583907

Bitte melden Sie sich auf beiliegendem Antwortfax gleich an, da die Teilnehmerzahl begrenzt ist.

Diese Veranstaltung ist mit **6 Punkten** (lt. Punktebewertung von Fortbildungen (BZÄK/DGZMK) bewertet.

**Anmeldebestätigung**
**„Behandlungskonzepte ohne klassische Stuhlassistenz“**

Zahnarztpraxis: _____

Hiermit melden wir _____ Personen an.

Teilnehmer/innen: _____

_____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Praxisstempel

☐ Ich bringe eine(n) interessierte(n) Zahnarzt(in) mit.

Name: _____

☐ Ich bin Vegetarier.

☐ Bitte informieren sie uns anschließend über die Inhalte der Veranstaltung

Bitte senden oder faxen Sie diese Rückantwort bis spätestens 15. Oktober 2019 an:
Zahnwerk Berlin GmbH.

**E-Mail:** info@zahnwerk-berlin.de

**Fax: 030/27583907**