



REFAX oder E-mail

Fax: 0711 / 22845-40 / [Kammermodell@lzk-bw.de](mailto:Kammermodell@lzk-bw.de)

Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg

Abteilung Praxisführung

Albstadtweg 9

70567 Stuttgart

**Dokument zum direkten Ausfüllen am PC!**

**Anmeldung BuS-Dienst „Kammermodell“**

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am BuS-Dienst „Kammermodell“ (alternative bedarfsorientierte Betreuung) mit der jährlichen Teilnahmegebühr in Höhe von EUR 59,- (inkl. MwSt.) an:

→ Name des Praxisinhabers:

→ Name des an der BuS-Dienst-Schulung teilnehmenden Praxisinhabers:

→ Name der Praxisform (*bitte auswählen*):

→ E-Mail-Adresse:

→ BuS-Dienst-Schulungstermin (*Termin bitte auswählen*):

→ Zahlungsform (*bitte auswählen*):

Einzugsermächtigung

Überweisung

Praxisstempel:

BZK

(*bitte auswählen*)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (Praxisinhaber/in)