



Anmeldung zur Fortbildung für zahnmedizinische Mitarbeiter/innen im Themenbereich „Praxisführung“

Rücksendung an Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg
Abteilung Praxisführung
Albstadtweg 9
70567 Stuttgart
Fax: 0711 / 22845-40
Anmeldeformular per Mail: schuetze@lzk-bw.de

Hiermit melde ich folgende Person verbindlich zur Kursteilnahme an:

Kursnummer	Kursdatum	Kursort

Kursteilnehmer/in – bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!	
Name, Vorname	
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon	

Zahlungspflichtiger (wenn abweichend vom Kursteilnehmer)
Praxisstempel:

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg.

ÜBERWEISUNG

Ich werde die Kursgebühr nach Gebührenlegung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg überweisen.

Datum, Unterschrift (Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber): _____