

ANMELDUNG
ZUM HERBSTSYMPOSIUM



KASSENZAHNÄRZTLICHE
VEREINIGUNG BERLIN



KZV Berlin
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

Fax: 030 89004-190

KZV-Abrechnungstempel

Hiermit melde(n) ich mich/wir uns verbindlich zum Herbstsymposium 2019 an:

Thema: Vom stark reduzierten Restgebiss bis zur Totalprothese
Datum/Uhrzeit: Freitag, 25.10.2019, von 15:15 Uhr bis ca. 18:30 Uhr
Freitag, 25.10.2019, im Anschluss an die Vorträge: Get-together
Samstag, 26.10.2019, von 10 Uhr bis ca. 14:30 Uhr

Ich/wir nehme/n an beiden Tagen teil.

Ich/wir nehme/n nur am _____ teil.

Ich/wir nehme/n zusätzlich am Get-together teil.

Veranstaltungsort: Wird Ihnen mit Ihrer Anmeldebestätigung bekanntgegeben.

Sie haben Fragen? Ihre Ansprechpartnerin erreichen Sie unter 030 89004-146.

Kosten: 100,- Euro pro Teilnehmer/in

Fortbildungspunkte: Für die Teilnahme werden gemäß den Richtlinien der BZÄK/KZBV/DGZMK für
Freitag **4** und für Samstag **7 Fortbildungspunkte** vergeben.

Für diese Fortbildung erhalten Sie eine Rechnung. Bitte überweisen Sie den Betrag auf das dort genannte
Konto. **Sofern eine angemeldete Person nicht teilnimmt, fällt die Teilnahmegebühr dennoch an.**
Aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl werden die Anmeldungen in der Reihenfolge des Eingangs
berücksichtigt.

Ich melde folgende Teilnehmer an:

Name, Vorname der Zahnärztin/des Zahnarztes

Name, Vorname der Zahnärztin/des Zahnarztes

Datum

Unterschrift der Praxisinhaberin/des Praxisinhabers