

ANMELDUNG

SEMINAR „ZAHNÄRZTE ALS PARTNER IN EINER PRAXIS“



Hiermit melde ich mich verbindlich mit ____ Person/en zum Seminar an.

Bitte schicken Sie mir die Rechnung über 270 EUR pro Person zzgl. MwSt. an meine Praxisadresse:

- per Post
- per Mail an

Sie erhalten 5 Fortbildungspunkte gemäß Leitsätzen der BZÄK und DGZMK.

Ort

Datum

MICHELS.PMKS ANWÄLTE
HOHENSTAUFENRING 57
50674 KÖLN

10. Mai 2025

09:45-15:30 Uhr

Praxisstempel / Unterschrift

Casinostr.4
47877 Willich
Telefon 02154 - 50 25 35 6

Fax 02154 - 50 25 35 7
info@dentberatung.de

www.dentberatung.de

Erfolg ist planbar