Einfach in ein Kuvert stecken oder per Fax 0251 507–609

Bitte beachten Sie: Auf im System grün markierte Kurse erhalten Sie bei Onlineanmeldung 10 % Rabatt. www.zahnaerzte-wl.de

Akademie für Fortbildung
Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
Postfach 8843
48047 Münster

Telefon-Nr.
Praxisstempel | Absender

Hiermit melde ich verbindlich für folgende Fortbildung(en) an:

Teilnehmer: Name | Vorname		Kurs-Nr.	Datum
	☐ ZA ☐ ASS ☐ ZFA		
	☐ ZA ☐ ASS ☐ ZFA		
	☐ ZA ☐ ASS ☐ ZFA		
	☐ ZA ☐ ASS ☐ ZFA		
	☐ ZA ☐ ASS ☐ ZFA		
	☐ ZA ☐ ASS ☐ ZFA		
	☐ ZA ☐ ASS ☐ ZFA		
	☐ ZA ☐ ASS ☐ ZFA		
	☐ ZA ☐ ASS ☐ ZFA		
	☐ ZA ☐ ASS ☐ ZFA		
	☐ ZA ☐ ASS ☐ ZFA		

☐ ZA = Zahnarzt ☐ ASS = Assistent ☐ ZFA = Zahnmedizinische Assistenz- und Verwaltungsberufe

☐ Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Akademie für Fortbildung der ZÄK WL (einsehbar unter www.zahnaerzte-wl.de oder s. S. 158) habe ich gelesen und akzeptiert.

Verbindliche Anmeldung:

Bankinstitut und Ort

Bankleitzahl

Kontonummer

Datum

Name | Vorname Kontoinhaber

Unterschrift Kontoinhaber