

ANMELDEFORMULAR

1. Hildesheimer Teamtag Implantologie | 8. Oktober 2022

Teilnehmer*innen-Daten

Anrede: _____ Titel: _____

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Email: _____ Telefon: _____

Berufsgruppe

- Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in
 Zahnärztliches Personal

Für weitere Teilnehmer*innen bitte den Zusatzbogen verwenden.

Rechnungsanschrift

- wie oben

abweichende Rechnungsanschrift

Anrede: _____ Titel: _____

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Teilnahmegebühren

Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in 150 €

Zahnärztliches Personal 75 €

Nach Eingang der Anmeldung erhält jede*r Teilnehmer*in eine Zahlungsaufforderung. Die Teilnahmegebühr ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungserhalt an die dort ausgewiesene Bankverbindung zu begleichen.

Mit der Anmeldung wird dem Veranstalter die Erlaubnis erteilt, während des Kongresses Foto- und Filmaufnahmen zu machen und diese Aufnahmen im Zusammenhang mit der Veranstaltung für die Öffentlichkeitsarbeit und die Dokumentation, analog und digital, zu verwenden.

Datum

Unterschrift

ANMELDEFORMULAR (Zusatz)

1. Hildesheimer Teamtag Implantologie | 8. Oktober 2022

Weitere Teilnehmer*innen

Vorname: _____ Name: _____

- Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in
- Zahnärztliches Personal

Vorname: _____ Name: _____

- Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in
- Zahnärztliches Personal

Vorname: _____ Name: _____

- Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in
- Zahnärztliches Personal

Vorname: _____ Name: _____

- Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in
- Zahnärztliches Personal

Vorname: _____ Name: _____

- Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in
- Zahnärztliches Personal

Vorname: _____ Name: _____

- Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in
- Zahnärztliches Personal

Vorname: _____ Name: _____

- Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in
- Zahnärztliches Personal

Vorname: _____ Name: _____

- Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in
- Zahnärztliches Personal