

Anmeldeformular

3. Hildesheimer Teamtag Implantologie | 19. September 2026

Teilnehmer*innen-Daten

Anrede: _____ Titel: _____

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Email: _____ Telefon: _____

Berufsgruppe

Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in

Weiterbildungsassistent*innen / Studierende

Zahnärztliches Personal

Für weitere Teilnehmer*innen bitte den Zusatzbogen verwende.

Rechnungsanschrift

wie oben

abweichende Rechnungsanschrift

Anrede: _____ Titel: _____

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Email: _____ Telefon: _____

Teilnehmergebühren

Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in

Early Bird

bis 30.06.26

195€

269€

Weiterbildungsassistent*innen / Studierende

115€

139€

Zahnärztliches Personal

115€

139€

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)

3. Hildesheimer Teamtag Implantologie | 19. September 2026

Weitere Teilnehmer*innen

Anrede: _____ Titel: _____
Vorname: _____ Name: _____
 Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in Weiterbildungsassistent*innen / Studierende
 Zahnärztliches Personal

Anrede: _____ Titel: _____
Vorname: _____ Name: _____
 Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in Weiterbildungsassistent*innen / Studierende
 Zahnärztliches Personal

Anrede: _____ Titel: _____
Vorname: _____ Name: _____
 Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in Weiterbildungsassistent*innen / Studierende
 Zahnärztliches Personal

Anrede: _____ Titel: _____
Vorname: _____ Name: _____
 Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in Weiterbildungsassistent*innen / Studierende
 Zahnärztliches Personal

Anrede: _____ Titel: _____
Vorname: _____ Name: _____
 Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in Weiterbildungsassistent*innen / Studierende
 Zahnärztliches Personal

Anrede: _____ Titel: _____
Vorname: _____ Name: _____
 Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in Weiterbildungsassistent*innen / Studierende
 Zahnärztliches Personal

Anrede: _____ Titel: _____
Vorname: _____ Name: _____
 Zahnärzt*in oder Zahntechniker*in Weiterbildungsassistent*innen / Studierende
 Zahnärztliches Personal