

ZMP/DH-Infoabende | DEUTSCHLANDWEIT



Termin: Donnerstagabend/Freitagabend
Dauer: 2 Stunden
Beginn: 18 Uhr
Ende: ca. 20 Uhr, anschließend Diskussion



Spezielle Service Hotline für ZMP/DH
+49 (0) 62 21 - 64 99 71 19

Bitte faxen oder im Sichtfensterumschlag per Post senden.

praxisDienste

Seminarorganisation
 Brückenstraße 45

69120 Heidelberg

Anmeldung zum kostenlosen ZMP/DH-Infoabend in:

Stadt	Termin	Stadt	Termin
<input type="checkbox"/> München	Do 25.02.10	<input type="checkbox"/> Frankfurt/M.	Do 16.09.10
<input type="checkbox"/> Essen	Fr 26.02.10	<input type="checkbox"/> Düsseldorf	Do 30.09.10
<input type="checkbox"/> Bremen	Do 11.03.10	<input type="checkbox"/> Hannover	Fr 01.10.10
<input type="checkbox"/> Berlin	Do 18.03.10	<input type="checkbox"/> Nürnberg	Do 07.10.10
<input type="checkbox"/> Berlin	Fr 23.04.10	<input type="checkbox"/> Karlsruhe	Fr 15.10.10
<input type="checkbox"/> Köln	Fr 07.05.10	<input type="checkbox"/> Hannover	Do 21.10.10
<input type="checkbox"/> Hamburg	Do 03.06.10	<input type="checkbox"/> Leipzig	Do 04.11.10
<input type="checkbox"/> Frankfurt/M.	Fr 25.06.10	<input type="checkbox"/> Hamburg	Fr 19.11.10
<input type="checkbox"/> Stuttgart	Do 01.07.10	<input type="checkbox"/> Dortmund	Do 25.11.10
<input type="checkbox"/> Mannheim	Do 15.07.10	<input type="checkbox"/> Bielefeld	Fr 26.11.10
<input type="checkbox"/> Nürnberg	Fr 16.07.10	<input type="checkbox"/> Stuttgart	Fr 03.12.10
<input type="checkbox"/> Leipzig	Fr 10.09.10	<input type="checkbox"/> München	Fr 17.12.10

- Ich kann leider nicht persönlich zu dem Infoabend kommen. Bitte schicken Sie mir/uns unverbindlich das Infopaket zu.
 - ZMP-Infopaket
 - DH-Infopaket
- Ich möchte mich verbindlich für den oben angekreuzten kostenlosen Infoabend anmelden. Dort erhalte ich ein umfangreiches Informationspaket und einen Schöck im Wert von € 50,-, der bei einer späteren ZMP/DH Kursteilnahme bei praxisDienste angerechnet wird.
- Ich möchte automatisch durch den kostenlosen „Info-service Kursangebot“ über Kursneuigkeiten informiert werden. Meine e-mail Adresse:

@

Rechnungsadresse/Praxisstempel Privatadresse

Datum/Unterschrift (befugte Person)

Tel.-Nr:

Bitte Name/Titel und Adresse in Druckbuchstaben angeben und Ausbildungsgrad ankreuzen:

Vorname/Name
 ZA/ZÄ ZFA ZMV ZMF ZMP DH Mitglied Dental Pearls Club

Vorname/Name
 ZA/ZÄ ZFA ZMV ZMF ZMP DH Mitglied Dental Pearls Club

Vorname/Name
 ZA/ZÄ ZFA ZMV ZMF ZMP DH Mitglied Dental Pearls Club