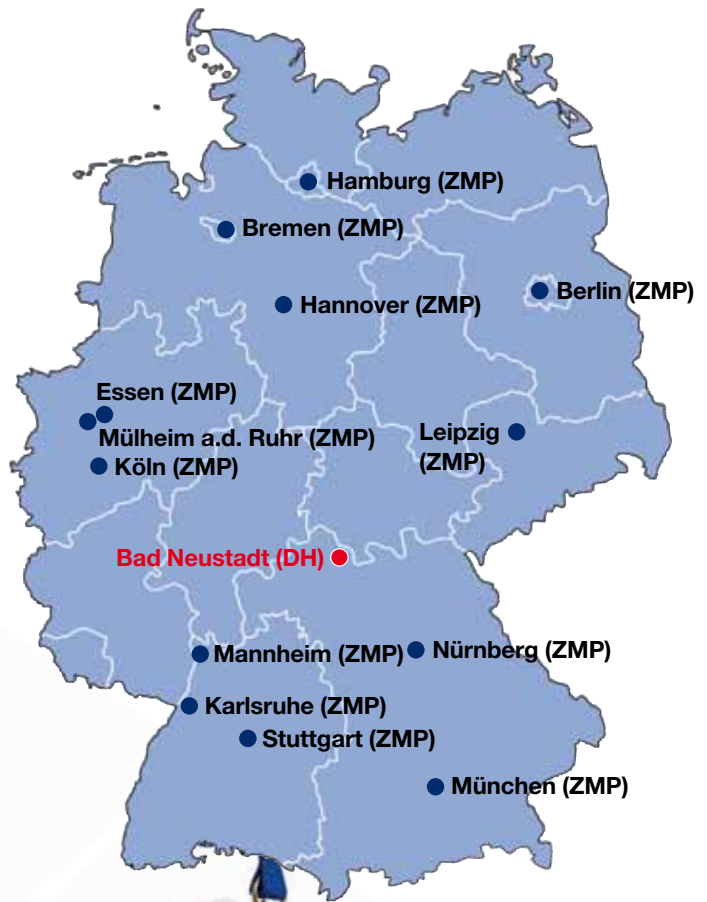


Ort und Termine | PRAXISDIENSTE DH-AUFSTIEGSFORTBILDUNG

Bad Neustadt

Anmeldeschluss: 30.08.2010 Dauer: Sep. 2010 – Mai 2011

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
Modul 1	20.09.	21.09.	22.09.	23.09.	24.09.	25.09.2010
Modul 2				07.10.	08.10.	09.10.2010
Modul 3				28.10.	29.10.	30.10.2010
Modul 4				11.11.	12.11.	13.11.2010
Modul 5				25.11.	26.11.	27.11.2010
Modul 6				16.12.	17.12.	18.12.2010
Modul 7				06.01.	07.01.	08.01.2011
Modul 8				20.01.	21.01.	22.01.2011
Modul 9				03.02.	04.02.	05.02.2011
Modul 10				17.02.	18.02.	19.02.2011
Modul 11				03.03.	04.03.	05.03.2011
Modul 12	21.03.	22.03.	23.03.	24.03.	25.03.	26.03.2011
Modul 13				14.04.	15.04.	16.04.2011
Modul 14				05.05.	06.05.	07.05.2011



Patientenbehandlungen: Patienten werden gestellt.

Kursgebühren: € 7.450,- (Steuerfrei nach § 4 Nr. 21 UstG)
inkl. aller Unterlagen, Bücher und Skripte

€ 7.250,- (Steuerfrei nach § 4 Nr. 21 UstG)
(für praxisDienste ZMP-Absolventinnen)

Zusätzl. Übungsmaterial: Instrumente und 1 Schulungsmodell (zu den aktuellen Fortbildungs-Sonderkonditionen über white cross GmbH)

Die Prüfungsgebühr der I.H.C.F. – Stiftung zur Förderung der Gesundheit ist in der Kursgebühr enthalten. Die Prüfung selbst dient dem Nachweis der objektiven Qualifikation. Sie ist kein Ersatz für eine externe Prüfung bei der zuständigen Stelle – einer Zahnärztekammer – sondern dient dazu, die objektive Qualifikation zur Übernahme delegierbarer Leistungen nachzuweisen und umfassend zu dokumentieren.

Vollständige AGBs: www.praxisdienste.de/AGB

Bitte faxen oder im Sichtfensterumschlag per Post senden.

Rechnungsadresse/Praxisstempel, Datum und Unterschrift (befugte Person)

Bitte Name/Titel 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

Bitte gewünschte Zahlweise ankreuzen: Rechnung Lastschrift
 Hiermit erteile ich die Ermächtigung, die Teilnahmegebühr von meinem Konto einzuziehen (ca. zwei Wochen vor Seminartermin).

Bank BLZ

Konto-Inhaber Konto-Nr.

Ort, Datum und Unterschrift

praxisDienste

Seminarorganisation
Brückenstraße 45

69120 Heidelberg