

# Anmeldung / Faxantwort:

Bitte **Anmeldung** per Fax an die Faxnummer **0234 – 912 85 01**,  
per mail an [keller-kitner@arcor.de](mailto:keller-kitner@arcor.de)  
oder per Post an unsere Praxisanschrift senden.  
**Anmeldeschluss ist der 31.03.2023**

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Wir / ich nehme(n) an der Fortbildung am Mittwoch den 26.04.2023

mit  Person(en) teil.

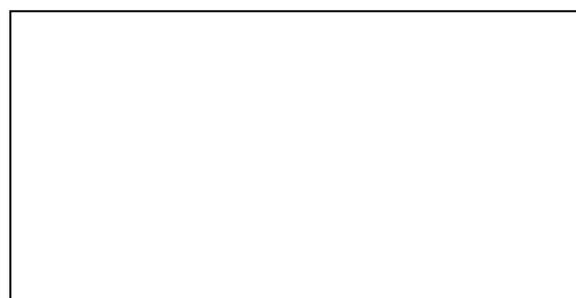
Die Teilnahmegebühr (Zahnärzte/-innen: jeweils 145,- €;  
Mitarbeiter,-innen: jeweils 95,- €)

von insgesamt ..... €

wird von mir bis zum 06.04.2023 auf das Konto Nr. 050 4788 583 bei  
der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Dortmund, BLZ 440 606 04  
überwiesen.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift



Stempel