



Notfall-Zahnmedizin für Humanmediziner

Workshop der Schiffszahnmedizin GbR

24. bis 25. März 2017 in Kiel

A n m e l d u n g



Titel / Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

E-Mail-Adresse

Telefon (für Rückfragen)

Weitere Hinweise

Bitte in Druckschrift ausfüllen. Die **fettgedruckten** Angaben sind für die Anmeldung zwingend erforderlich.

Teilnahmegebühr und Leistungen

Die Lehrgangsgebühr in Höhe von 685,00 € (inkl. 19% MwSt.) beinhaltet die Teilnahme für eine Person sowie folgende Leistungen:

- Ausführliches mehrsprachiges Teilnahmezertifikat (Englisch/Deutsch)
- Schreibunterlagen sowie Lehrgangsunterlagen auf einem persönlichen USB-Stick
- Nutzung aller Übungsmaterialien wie Übungszähne, Bohrer, Füllmasse, Instrumente etc.
- Pausengetränke und Pausensnacks sowie ein Mittagessen an den beiden Veranstaltungstagen
- Die Veranstaltung wird von der Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannt (20 Fortbildungspunkte)
- **Unser kleines Dankeschön:** Jeder Teilnehmer erhält ein Dental-Notfall-Kit zum persönlichen Gebrauch



Hierdurch melde ich mich verbindlich für die o.g. Fortbildungsveranstaltung an. Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Schiffszahnmedizin GbR (einsehbar unter www.schiffszahnmedizin.de/AGB.html) habe ich gelesen und erkenne diese ausdrücklich an. Nach Eingang der vollständig ausgefüllten Anmeldung erhalte ich von der Schiffszahnmedizin GbR per Email eine Anmeldebestätigung. Der Platz gilt seitens des Veranstalters erst mit Eingang der Zahlung der vollständigen Gebühr auf dem Konto des Veranstalters als gesichert. Sollten alle Plätze belegt sein, erhalte ich eine Mitteilung und werde über die Vergabe eines Platzes von der Warteliste informiert.

Mit der Veröffentlichung von Foto- bzw. Filmaufnahmen durch die Schiffszahnmedizin GbR, die im Rahmen der Veranstaltung erstellt werden und meine Person zeigen, bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich die Nutzungsrechte gegenüber der Schiffszahnmedizin GbR auch einschränken kann. Ein entsprechendes Formular wird mir auf meinen Wunsch hin zur Verfügung gestellt.

Ort / Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte und **unterschiedene** Anmeldeformular ...

... per Email an

anmeldung@schiffszahnmedizin.de

... per Fax an

0431 – 657 092 9

... per Post an

Schiffszahnmedizin GbR
Meimersdorfer Weg 217
24145 Kiel

Vom Veranstalter auszufüllen

Eingang am ____ . ____ . ____

- Rechnung versandt
- Beitrag erhalten
- Unterlagen versandt
- Auf Warteliste
- Absage