

ANMELDEFORMULAR

Rücksendung bitte an:
FAX: 030 393 60 36
E-mail : materne@zibb.de

DLG

DLG Dienstleistungsgesellschaft
Gesundheit mbH,
die Dienstleistungsgesellschaft
für das zahntechnische Labor
Obentrautstraße 16-18; 10963 Berlin

Hiermit melde ich mich verbindlich an:

Name / Vorname: _____

Labor / Anschrift: _____

E-Mail / Telefon: _____

Mitglied der Innung: _____

Kursthema: _____

Kursdatum: _____

Kursthema: _____

Kursdatum: _____

Bemerkungen : _____

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel