

Anmeldeformular



Bitte verwenden Sie pro Person und Veranstaltung ein Anmeldeformular, mit dem Sie sich per E-Mail verbindlich anmelden.

Kursname: _____

Kursdatum: _____

Kursort: _____

Kieferorthopäde/-in

Assistent/-in mit Nachweis

Rechnungsadresse
(falls abweichend)

Vorname

Praxis

Nachname

Name

Straße/Nr.

Straße/Nr.

PLZ/Ort

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

E-Mail

Datum/Unterschrift

oder per Post an:
ODS GmbH
Dorfstraße 5
24629 Kisdorf

Nähere Infos und Rückfragen:
Alexandra Bülck
+49 (0) 4193 965 981-23
info@orthodent.de

Datenschutz:

Wir weisen darauf hin, dass wir die bei der Anmeldung angegebenen Daten zum Zwecke der administrativen Abwicklung der Veranstaltung (sowie Ankündigungen dieser) maschinell gespeichert haben. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen.