

Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V
z.H. Doreen Eisbrecher
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin

Fax-Nr.: 0385 / 54 92 498
E-Mail: doreen.eisbrecher@kzvmv.de

Ich melde mich an zum Seminar:

- Dokumentation und Qualitätsprüfung in der Zahnarztpraxis** am 02.04.2025, 14-17 Uhr, Güstrow
- Dokumentation und Qualitätsprüfung in der Zahnarztpraxis** am 29.10.2025, 14-17 Uhr, Schwerin (BTZ)

<i>Datum (Seminar)</i>	<i>Name, Vorname, E-Mailadresse (Druckschrift)</i>	<i>Abr.-Nr.</i>	<i>Zahnarzt (ZA) Zahnarthelferin (ZAH) Vorbereitungsassistent (VA)</i>

Unterschrift, Datum

Stempel