

Anmeldung zum Kurs

Fax: 06221/479232

Veranstaltungen@funckdental.de

Wir melden uns zu folgenden Veranstaltungen verbindlich an.

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Der Notfall in der Zahnarztpraxis | 04.03.2020 / 14 - 17.30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Herstellung von perfekten Provisorien | 11.03.2020 / 14 - 17 Uhr |
| <input type="checkbox"/> RKI konforme Hygiene in der Zahnarztpraxis | 18.03.2020 / 14 - 17 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung / Praktischer Arbeitskurs | 25.03.2020 / 14 - 18 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Wichtige Pflege- und Wartungstipps von Experten | 01.04.2020 / 14 - 17 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe Master Class 1.5 - Workshop | 22.04.2020 / 10 - 13.30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe Master Class 2.5 - Workshop | 22.04.2020 / 14 - 17.30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Digital Abformen mit Primescan / enjoy the scan | 23.04.2020 / 17 - 19.30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> CEREC - Individualisierung von Frontzahnrestorationen | 29.04.2020 / 14 - 18 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Hygiene - Workshop | 06.05.2020 / 14 - 17 Uhr |
| <input type="checkbox"/> RECIPROC direkt - One-File-Endo ohne Motor | 13.05.2020 / 14 - 17 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Abrechnung muss gelernt sein! | 27.05.2020 / 14 - 18 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Röntgenaktualisierungskurs für Helferinnen/Helfer | 17.06.2020 / 13 - 17 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Primescan und Suresmile Ortho | 18.06.2020 / 17 - 19 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Röntgenaktualisierungskurs für Zahnärztinnen/Zahnärzte | 19.06.2020 / 09 - 17 Uhr |
| <input type="checkbox"/> CEREC Primescan | 24.06.2020 / 17 - 19 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Intraorale Röntgenpositionierung | 16.09.2020 / 13 - 16 Uhr |

Bitte Namen der Teilnehmer und bei Anmeldung zu mehreren Veranstaltungen Datum angeben.

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

Datum

Unterschrift

Praxisstempel