ANMELDUNG per Fax oder Post

Absender / Praxisstempel

Telefax 07 11/ 2 28 45 - 40

An die
Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg
Postfach 10 29 40
70025 Stuttgart

			Anzahl Karten
Wissenschaftliches Programm	Zahnarzt/ Zahnärztin	120 EUR	
	Zahnmedizinische/r Mitarbeiter/in	60 EUR	
	Studenten/ Rentner/ (gegen Nachweis)	Kostenfrei	
Rahmenprogramm	Preiskategorie I	19 EUR	
Altes Schauspielhaus	Preiskategorie II	15 EUR	
	Preiskategorie III	13 EUR	
	Preiskategorie IV	8 EUR	

☐ Ich bitte um Abrechnung bei meiner zuständigen Bezirksdirektion ……der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Meine Abrechnungs-Nummer lautet ……..

☐ Ich überweise den Betrag auf Ihr Konto 050 122 30 38 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, Stuttgart, BLZ 600 906 09

…….. ……
Ort, Datum Unterschrift