

Anmeldeformular per Fax an  
**0341 48474-290**  
oder per Post an

**OEMUS MEDIA AG**  
**Holbeinstraße 29**  
**04229 Leipzig**

Für **Digitale Dentale Technologien** am 6./7. Februar 2015 in Hagen melde ich folgende Personen verbindlich an:

|                                                                                            |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Workshop:</b>                                                                           | <b>Teilnahme am:</b>             |
| 1.Staffel <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Freitag |
| 2.Staffel <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Samstag |
| (Bitte ankreuzen)                                                                          |                                  |
| (Bitte ankreuzen)                                                                          |                                  |
| Titel, Name, Vorname, Tätigkeit                                                            |                                  |
| <b>Workshop:</b>                                                                           | <b>Teilnahme am:</b>             |
| 1.Staffel <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Freitag |
| 2.Staffel <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Samstag |
| (Bitte ankreuzen)                                                                          |                                  |
| (Bitte ankreuzen)                                                                          |                                  |
| Titel, Name, Vorname, Tätigkeit                                                            |                                  |

Stempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für **Digitale Dentale Technologien** erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail (Bitte angeben!)