

Die Kongresswochen- bzw. Kongresstageskarte beinhaltet die Teilnahme an allen Vorträgen und Praxisteamseminaren am Vor- und Nachmittag. Die Seminare A01-A10/B01-B02 (3- und 6-Std.-Seminare) können gegen Gebühr zu einer Kongresskarte dazu gebucht werden.

WOCHENKARTE

Zahnärztin / Zahnarzt

- ☐ Mitglied 499 € ☐ Nichtmitglied 629 €

Name: _____

Assistentin/Assistent

- ☐ Mitglied 199 € ☐ Nichtmitglied 399 €

Name: _____

Zahnärztin/Zahnarzt im Ruhestand

- ☐ Mitglieder 299 € ☐ Nichtmitglieder 429 €

Name: _____

Praxismitarbeiterin/ Praxismitarbeiter

- ☐ 219 €

Name: _____

Studierende der Zahnmedizin

- ☐ Mitglied 0 € ☐ Nichtmitglied 89 €

Name: _____

SEMINARE (A-/B-Seminare)

Buchung nur in Kombination mit einer Kongresswochen-/Kongresstageskarte

6-Std.-Seminare: A01/A06

3-Std.-Seminare: A02/A03/A04/A05/A07/A08/A09/A10/B01/B02

Seminare Montag / Dienstag

- ☐ A01* / Teilnehmer/in: _____
☐ A02* / Teilnehmer/in: _____
☐ A03* / Teilnehmer/in: _____
☐ A04* / Teilnehmer/in: _____
☐ A05* / Teilnehmer/in: _____
☐ B01 / Teilnehmer/in: _____

Seminare Mittwoch / Donnerstag

- ☐ A06* / Teilnehmer/in: _____
☐ A07* / Teilnehmer/in: _____
☐ A08* / Teilnehmer/in: _____

Seminare Donnerstag/Freitag

- ☐ A09* / Teilnehmer/in: _____
☐ A10* / Teilnehmer/in: _____
☐ B02 / Teilnehmer/in: _____

Praxisteamseminar Mittwochvormittag

- ☐ Teilnehmer/in: _____

TAGESKARTE

Zahnärztin / Zahnarzt

- ☐ Mitglied 159 € ☐ Nichtmitglied 189 €

Datum: _____

Name: _____

Assistentin/Assistent

- ☐ Mitglied 69 € ☐ Nichtmitglied 139 €

Datum: _____

Name: _____

Zahnärztin/Zahnarzt im Ruhestand

- ☐ Mitglied 99 € ☐ Nichtmitglied 149 €

Datum: _____

Name: _____

Praxismitarbeiterin/ Praxismitarbeiter

- ☐ 79 €

Datum: _____

Name: _____

Studierende der Zahnmedizin

- ☐ Mitglied 0 € ☐ Nichtmitglied 29 €

Datum: _____

Name: _____

Verbindliche Anmeldung

- ☐ FVDZ-Mitglied
☐ FVDZ-Nichtmitglied
☐ Bitte senden Sie mir
einen FVDZ-Mitgliedsantrag

Mail: kongresse@fvdz.de

Anrede/Name/Vorname _____

Straße/PLZ/Ort _____

☐ Praxisadresse

☐ Privat-/Studienadresse

Telefon* _____

E-Mail* (Pflichtfeld, erforderlich zum Versand der Rechnung)

Optional für Nichtmitglieder des FVDZ:

☐ Ich möchte künftig per E-Mail über Aktivitäten und Serviceangebote des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V. und seiner Tochtergesellschaft Green Dentistry GmbH informiert werden.

* Diese Angaben können Sie nach Art. 7 Absatz 3 DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) jederzeit schriftlich per Mail an info@fvdz.de oder telefonisch unter: 0228 85570 widerrufen.

Datum/Unterschrift: _____

* Die Seminare A01-A10 sind Parallelveranstaltungen, hier ist pro Nachmittag nur ein Seminar buchbar.