

**Bitte per:**

**FAX an:** +49 (0) 911/ 56 83 63 83 oder

**E-Mail an :** [info@dgszm.de](mailto:info@dgszm.de)

## TEILNAHME -ANFRAGE

Ich möchte gerne am **Curriculum Sportzahnmedizin** teilnehmen

**Name:**

**Vorname:**

**Titel u.ä. (Dr.,ZA,ZT,ZTM,ZMF, etc.):**

**Geb.-Datum:**

**Praxis/Labor/Firma:**

**PLZ, Ort (Praxis/Labor):**

**Straße (Praxis/Labor):**

**Telefon (Praxis/Labor):**

**E-Mail:**

Die Anfragen werden nach dem Eingangsdatum berücksichtigt. Bei Belegung des Curriculums werden Wartelisten geführt welche nach Möglichkeit bei der nächsten Kursreihe Berücksichtigung finden. Das Kursgeld beträgt **3.850.-** Euro zzgl. MwSt. für das gesamte Curriculum.

Im Preis enthalten sind die Kursgebühren für alle Kurstage des Curriculums einschließlich der Gebühren für die Abschlussprüfung, die Verpflegung während der Kurszeiten und die Kursmaterialien/Skripten. Das Kursgeld ist im voraus komplett zu entrichten. Der Kursplatz gilt nur bei Eingang des kompletten Betrages als gesichert. Kursmodule sind nicht einzeln buchbar. Auf schriftliche Anfrage bei der DGSZM sind einzelne Module mit gleichen Modulen aus einer anderen Kursreihe des Curriculums Sportzahnmedizin der DGSZM kombinierbar. Für die Teilnahme erhalten Sie **17** Fortbildungspunkte pro Kurswochenende und **15** Punkte für die Abschlussprüfung/Fallpräsentation.

Nach dem Eingang dieser Anmeldung werden Sie eine Rechnung erhalten.

Bei Eingang des Kursgeldes erhalten Sie ein Anschreiben mit allen weiteren Informationen zu Ihrem Curriculum. Weitergehende Informationen und Informationen zur Stornierung finden Sie auch in den AGB der DGSM auf der Homepage.

---

**Ort | Datum | Unterschrift | Stempel**