

# ANMELDEFORMULAR

Rücksendung bitte an:  
FAX: 030 393 60 36  
E-mail : [materne@zibb.de](mailto:materne@zibb.de)

# DLG

DLG Dienstleistungsgesellschaft  
Gesundheit mbH,  
die Dienstleistungsgesellschaft  
für das zahntechnische Labor  
Obentrautstraße 16-18; 10963 Berlin

## Hiermit melde ich mich verbindlich an:

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Labor / Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail / Telefon: \_\_\_\_\_

Mitglied der Innung: \_\_\_\_\_

Kursthema: \_\_\_\_\_

Kursdatum: \_\_\_\_\_

Kursthema: \_\_\_\_\_

Kursdatum: \_\_\_\_\_

Bemerkungen : \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel