

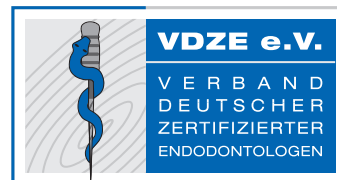
Kongress „GESUNDER ZAHN – GESUNDER MENSCH,
KRANKER ZAHN – KRANKER MENSCH“,
Infektion und Schmerz aus allgemeinmedizinischer und
endodontologischer Sicht

Fortbildungsveranstaltung / 9. Jahrestagung des VDZE

Termin: 02. und 03. Dezember 2011

Tagungsort: Steigenberger Hotel Hamburg,
Heiligengeistbrücke 4, 20459 Hamburg

Beginn: Freitag, 02.12.11, 9:00 Uhr



Vereinigung von Zahnärzten mit dem
Tätigkeitsschwerpunkt Endodontologie
Wilhelmstraße 60 · 65183 Wiesbaden
www.vdze.de · Eingetragener Verein

ANMELDUNG ZUM KONGRESS

Bitte ausfüllen und per Fax an unser VDZE Executive Secretariat senden.

Fax-Nr.: +49 (0)84 59 / 32 39 42

**Hiermit melde ich mich zum Kongress des
VDZE am 02./03.12.2011 in Hamburg verbindlich an:**

Teilnahme am Kongress (Bitte ankreuzen)

VDZE-Mitglied: EUR 445,-

Nicht-Mitglied: EUR 505,-

Student: EUR 110,-*

*(kein Frühbucherrabatt)

**Ja, ich nutze den Frühbucherrabatt in Höhe
von EUR 50,-, wenn meine Anmeldung bis
zum 15.09.2011 im VDZE Executive Secretariat
eingegangen ist.**

Die o.a. Preise für die Tagungsgebühr verstehen
sich zzgl. EUR 140,- Tagungspauschale
(Verpflegung und Tagungsgetränke während der
Veranstaltung im 5* Hotel Steigenberger für zwei
Tage) je Teilnehmer und jeweils zzgl. gesetz-
licher MwSt.

**Teilnahme am gemeinsamen Abendessen,
Freitag, 02.12.2011** (Bitte ankreuzen)

**Ja, ich will am gemeinsamen Abendessen im
Okzident teilnehmen, die Kosten betragen hier-
für EUR 75,- zzgl. MwSt.**

Nein, ich möchte nicht teilnehmen.

Anmeldebestätigung

Nach Eingang der Kongressanmeldung erhalte
ich eine Anmeldebestätigung/Rechnung, welche
innerhalb von 10 Tagen zur Zahlung fällig wird.

Allgemeine Hinweise

Die allgemeinen Hinweise zum Kongress aus der
VDZE Broschüre „GESUNDER ZAHN – GESUN-
DER MENSCH, KRANKER ZAHN – KRANKER
MENSCH, auf Seite 11 bis 13, sind mir bekannt.

Hinweis zur Zimmerreservierung

Bitte nehmen Sie diese nach Bedarf selbst vor.
Der VDZE hat für die Teilnehmer am Kongress
je ein Zimmerkontingent im Steigenberger Hotel
Hamburg und Madison Hotel Hamburg reser-
viert. Bitte beachten Sie die Ablauftermine (siehe
bitte hierzu auch Broschüre Seite 13).

Absender (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Titel / Vorname / Name

Praxis

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Datum

Stempel / Unterschrift