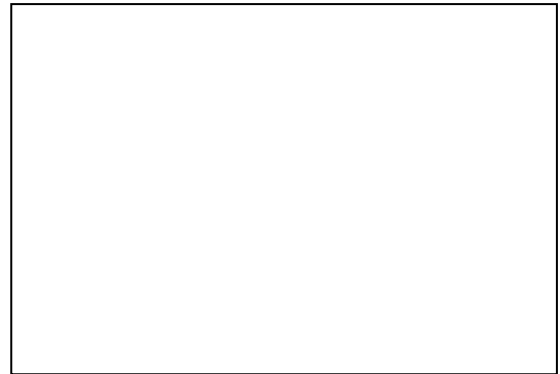


**Zahnärztekammer Niedersachsen**  
Daniela Schmöe  
Zeißstraße 11a  
30519 Hannover

Email: dschmoe@zkn.de

**Fax 0511 83391-306**

**Praxisstempel**



**Anmeldung zum **BuS-Dienst**  
„Fortbildung Arbeitsschutz für die eigene  
Zahnarztpraxis“**

**in der Zahnmedizinische Akademie Niedersachsen  
30519 Hannover, Zeißstraße 11a**

---

**Für Zahnärztinnen und Zahnärzte**

(bitte entsprechenden Termin ankreuzen)

**2018**

**Samstag, 29.09.2018, von 09:00 Uhr bis 14:00 Uhr**

**Mittwoch, 21.11.2018, von 14:30 Uhr bis 19:30 Uhr**

**2019**

**Mittwoch, 27.03.2019, von 14:30 Uhr bis 19:30 Uhr**

**Name** .....

**Straße** .....

**Ort** .....

**Email:** .....



**Bitte um Zusendung einer Rechnung.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift