

Bitte unterschrieben

per Fax an 030-473725-61 oder
als Scan per E-Mail an info@dgzs.de

**Deutsche Gesellschaft
Zahnärztliche Schlafmedizin e.V.**

Geschäftsstelle
Albrechtstraße 14 b
10117 Berlin

FLYER-BESTELLUNG

Hiermit bestelle ich den DGZS-Patienteninformationsflyer zur Auslage in meiner Praxis bzw. Weitergabe an Interessenten:

_____ Stück (max. Bestellmenge 100 Stück, Versand kostenfrei)

Lieferanschrift

Praxisname

Titel Nachname

Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer (bei Rückfragen)

Ort, Datum

Unterschrift des Bestellers