

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

DGZS e.V.

Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin
Albrechtstraße 14b, 10117 Berlin
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE55 3006 0601 0005 1682 01
BIC: DAAEDEDXXX

Kontakt

Tel. 030-473725-60
Fax 030-473725-61
info@dgzs.de, www.dgzs.de
VrNr. 20669NZ, Sitz: Berlin

Vorstand

Dr. Claus Klingeberg, Aerzen
Dr. Alexander Meyer, Solingen
Dr. Justus Hauschild, Isernhagen
Prof. Dr. Heike Korbmacher-Steiner, Marburg
Dr. Emil Krumholz, Frankfurt
Dr. Dagmar Norden, Oldenburg
Dr. Dr. Jörg Schlieper, M.Sc., Hamburg