

# FAXANTWORT

Verbindliche Anmeldung zum

## Zertifizierten Curriculum für Regenerative Medizin in der Zahnmedizin

Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER.



20.- 21.10.2017, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Dresden, Fetscherstr. 74, 01309 Dresden,  
Haus 22, Raum 1.110

An die  
Deutsche Gesellschaft für Regenerative Medizin e.V.  
Laubestrasse 34  
60594 Frankfurt am Main

Telefax: 069 / 62 36 17

Hiermit melde ich mich verbindlich an.

Die **Teilnahmegebühr beträgt 520,00 €** und beinhaltet das wissenschaftliche Fortbildungsprogramm, praxisrelevante Führungen, Fortbildungsunterlagen, die Zertifizierung sowie die Verpflegung.

Bitte überweisen Sie den Beitrag für die Veranstaltung auf folgendes Konto:  
Deutsche Gesellschaft für Regenerative Medizin e. V.  
Commerzbank Bank AG, IBAN DE0250080000 0191 3001 00, BIC COBADEFFXXX

Geben Sie auf dem Überweisungsformular bitte unbedingt Ihren Namen an, damit wir die Zahlungen korrekt zuordnen können.

Wir bestätigen Ihre Teilnahme nach Erhalt der Gebühr, die Fortbildungsbescheinigung mit 16 Punkten erhalten Sie in Dresden am Ende der Veranstaltung.

NAME

INSTITUTION

POSITION

ADRESSE

TELEFON/FAX

EMAIL

DATUM/UNTERSCHRIFT