

Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V z.H.

Fax-Nr.: 0385 / 54 92 498

Doreen Eisbrecher

Wismarsche Straße 304

19055 Schwerin

E-Mail: doreen.eisbrecher@kzvmv.de

Ich melde mich an zum Seminar:

Die vertragszahnärztliche Abrechnung von Zahnersatz-Leistungen am 04.11.2026 in Schwerin (BTZ)

KCH-Abrechnung u. Qualitätsprüfung in der Zahnarztpraxis am 18.11.2026 in Schwerin (BTZ)

Datum (Seminar)	Name, Vorname, E-Mailadresse (Druckschrift)	Abr.-Nr.	Zahnarzt (ZA) Zahnarthelferin (ZAH) Vorbereitungsassistent (VA)

Unterschrift, Datum

Stempel