



Deutsche Gesellschaft
für Kinderzahnmedizin

Absender:

Deutsche Gesellschaft für
Kinderzahnmedizin
Schweinfurter Straße 7
97080 Würzburg

Falls vorhanden: DGKiZ-Mitgliedsnummer:

Ich habe an folgendem Programm teilgenommen: (bitte ankreuzen)

- ___ **DGKiZ/APW-Curriculum Kinder- und Jugendzahnheilkunde und Kooperationen** ___
- ___ **Kinderzahnheilkunde Gießen/Marburg**
- ___ **Master Kinderzahnheilkunde Greifswald**
- ___ **Spezialist DGKiZ**

Zertifizierung vom

Monat / Jahr

Ort, Datum

Unterschrift

- Angaben für die Veröffentlichung (auf die Praxis bezogen)
- Die hervorgehobenen Angaben erscheinen auf der Suchliste
- Bitte eindeutig lesbar eintragen

Titel:	
Name, Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	Nur für Nachfragen der DGKiZ direkt an Sie

Bitte per E-Mail an: info@dgkiz.de

Hinweis: Für die Eintragung auf der Suchliste der DGKiZ ist die DGKiZ-Mitgliedschaft Voraussetzung.