

**Registrieren Sie mich bitte verbindlich für die**

- Online-Teilnahme
- Präsenzveranstaltung

**Bitte nur ein Formular pro Teilnehmer ausfüllen**

Bitte senden Sie dieses Formular an die Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft:

Name, Vorname, Titel: \_\_\_\_\_

**per Fax**                    0341-97 21 069

Telefon/ Faxnummer: \_\_\_\_\_

**oder E-Mail**             gzmk@medizin.uni-leipzig.de

Email: \_\_\_\_\_

Praxisstempel/ Unterschrift

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**oder Post**                Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft  
 für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
 an der Universität Leipzig e.V.  
 Liebigstraße 12  
 04103 Leipzig

Mitglied der FLH-Gesellschaft Leipzig            

Mitglied der GZMK Dresden                            

Mitglied der MGZMK Erfurt                            

**Ich möchte Mitglied der FLH-Gesellschaft Leipzig werden**            

Teilnahmegebühren gesamt                             €