



Registrieren Sie mich bitte verbindlich für das wissenschaftliche Programm
am **04.11.2023**, Tagungsort: **The Westin Hotel Leipzig**,
(Anschrift: Gerberstraße 15, 04107 Leipzig)

Bitte nur ein Formular pro Teilnehmer ausfüllen!

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

per Fax 0341-97 21 069

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

Name, Vorname, Titel: _____

Telefon/ Faxnummer: _____

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 _____ €