

# Faxrückantwort: +49 (0) 2962 9719-22

Anmeldung zur Teilnahme an dem/den Kurs(en) in der  
Klinik Schloß Schellenstein · Am Schellenstein 1 · 59939 Olsberg · Germany

Kurs Nr.	Kurs Titel	Datum	Teiln.-Zahl

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel/Adresse

Als Grundlage gelten die Geschäftsbedingungen der Privatzahnklinik Schloß Schellenstein GmbH.



**Privatzahnklinik  
Schloß Schellenstein GmbH**  
Am Schellenstein 1  
59939 Olsberg  
Germany

Telefax-Nr.

**+49 (0) 2962 9719-22**

Gefaxt am: \_\_\_\_\_