

**Praxisklinik**  
**Dr. med. Thomas Eckstein**  
**Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie**  
**Plastische & Ästhetische Operationen**  
**Scharnhorststrasse 4**  
**41063 Mönchengladbach**



**Praxisklinisches Symposium**  
**Für Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden, Oral- und MKG-Chirurgen**  
**Am 03.März 2012 in Mönchengladbach, Scharnhorststrasse 4, 41063 Mönchengladbach**

## **Anmeldung Symposium**

**Hiermit melde ich mich verbindlich zum Praxisklinischen Symposium am 03. 03. 2012 an:**

Titel – Name – Vorname \_\_\_\_\_

Strasse Postleitzahl Ort \_\_\_\_\_

Telefon Telefax Email \_\_\_\_\_

**Bitte Fachbereich angeben** \_\_\_\_\_

### **Zahlungsweise per Lastschriftverfahren**

Hiermit bevollmächtige ich Sie widerruflich, die von Dr. Thomas Eckstein für mich bei Ihnen eingehende Lastschrift zu Lasten meines Girokontos einzulösen. Für den Fall der Nichteinlösung durch mangelnde Kontodeckung verpflichte ich mich, Herrn Dr. med. Thomas Eckstein die dadurch entstandenen Kosten zu erstatten.

*Bankinstitut* \_\_\_\_\_

*Bankleitzahl* \_\_\_\_\_

*Kontonummer* \_\_\_\_\_

*Kontoinhaber* \_\_\_\_\_

*Unterschrift* \_\_\_\_\_

**Fax bitte an: +49 (0) 2161 46 22 892**