



FAXFORMULAR

Bitte an folgende Nummer faxen:

0911 / 308 444 455 0

IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

(bitte füllen Sie ALLE vorhandenen Felder aus, sonst können wir ihre Anfrage nicht bearbeiten. Herzlichen Dank!)

Vorname Nachname: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Telefax: _____

Bevorzugtes Behandlungsland:

(bitte ankreuzen, Mehrfachauswahl möglich)

- Ungarn
- Tschechien
- Polen
- Rumänien

IhrWunschtermin: _____

Bitte faxen Sie als 2. Faxseite Ihren Heil- und Kostenplan sowie weitere Unterlagen.

Ein Service von zahnarzt-im-ausland.de

Ihr Portal rund um preiswerten Zahnersatz im europäischen Ausland.

Durch Absenden des Fax erkenne ich die AGBs von zahnarzt-im-ausland.de an