

Bitte per Fax an

Implantatzentrum Bern  
Nydeggestalden 2  
CH - 3011 Bern  
Fax +41.31.311 99 11

Hiermit melde ich mich verbindlich für eine Hospitation im IZB an.

Bitte deutlich ausfüllen bzw. Zutreffendes bitte ankreuzen/unterstreichen  
Herr / Frau

Titel: .....

Name: .....

Vorname: .....

Straße,Nr.: .....

PLZ,Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

E-Mail: .....

Mein Wunschtermin für die Hospitation: .....

Von den Richtlinien für Hospitationen des IZB habe ich Kenntnis genommen.  
Für den Fall meiner Verhinderung sage ich spätestens 4 Wochen vor Beginn der Hospitation ab.  
Sollte eine Absage nicht rechtzeitig möglich sein, werden 30% der Hospitationsgebühr als Kosten für allfällige Umtriebe ( Storno der Zimmerbuchung etc.) fällig.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel , Unterschrift

