

Registrierungsformular für Zahnarztpraxen:

Name der Praxis *:			
Anrede :		Titel :	
Name *:		Vorname *:	
Strasse *:		Nummer *:	
Postleitzahl *:		Ortschaft *:	
Telefonnummer *:			
Mailadresse *:			

Rechnungsadresse (falls abweichend) :

Name der Praxis *:			
Anrede :		Titel :	
Name *:		Vorname *:	
Strasse *:		Nummer *:	
Postleitzahl *:		Ortschaft *:	

* Wir erklären, dass alle Angaben im Formular richtig und vollständig sind.

Wir sind einverstanden, dass unsere Daten zum Zweck der späteren Kontaktaufnahme gespeichert werden. Im Übrigen gilt die Vertraulichkeit aller übermittelten Daten über Personen, Produkte und Rezepturen. Es gelten die Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (bitte ankreuzen!).

* **Pflichtfeld muss ausgefüllt werden**

Zum Registrieren, bitte das ausgefüllte Formular an logistics@sdk.lu senden.