



**Zahngesundheitswoche 2016
„Vom Milchzahn BISS ins beste Alter“**

Ein Angebot im Rahmen der
„Liga der Kariesfreien“
mit tollen Preisen!

Einsendeschluss: 20. Mai 2016

Kompetent, freundlich, fair:
Ihre Zahnärzte in Sachsen-Anhalt
www.zaek-sa.de www.kzv-lsa.de

bitte
frankieren:
0,45 Euro

**Redaktion Zahnärztliche
Nachrichten Sachsen-Anhalt**

Stichwort: Liga der Kariesfreien

Postfach 3951
39014 Magdeburg



**Zahngesundheitswoche 2016
„Vom Milchzahn BISS ins beste Alter“**

Ein Angebot im Rahmen der
„Liga der Kariesfreien“
mit tollen Preisen!

Einsendeschluss: 20. Mai 2016

Kompetent, freundlich, fair:
Ihre Zahnärzte in Sachsen-Anhalt
www.zaek-sa.de www.kzv-lsa.de

bitte
frankieren:
0,45 Euro

**Redaktion Zahnärztliche
Nachrichten Sachsen-Anhalt**

Stichwort: Liga der Kariesfreien

Postfach 3951
39014 Magdeburg



**Zahngesundheitswoche 2016
„Vom Milchzahn BISS ins beste Alter“**

Ein Angebot im Rahmen der
„Liga der Kariesfreien“
mit tollen Preisen!

Einsendeschluss: 20. Mai 2016

Kompetent, freundlich, fair:
Ihre Zahnärzte in Sachsen-Anhalt
www.zaek-sa.de www.kzv-lsa.de

bitte
frankieren:
0,45 Euro

**Redaktion Zahnärztliche
Nachrichten Sachsen-Anhalt**

Stichwort: Liga der Kariesfreien

Postfach 3951
39014 Magdeburg



**Zahngesundheitswoche 2016
„Vom Milchzahn BISS ins beste Alter“**

Ein Angebot im Rahmen der
„Liga der Kariesfreien“
mit tollen Preisen!

Einsendeschluss: 20. Mai 2016

Kompetent, freundlich, fair:
Ihre Zahnärzte in Sachsen-Anhalt
www.zaek-sa.de www.kzv-lsa.de

bitte
frankieren:
0,45 Euro

**Redaktion Zahnärztliche
Nachrichten Sachsen-Anhalt**

Stichwort: Liga der Kariesfreien

Postfach 3951
39014 Magdeburg

**Ich bewerbe mich um einen Platz in der
Liga der Kariesfreien Sachsen-Anhalt 2016:**

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____
(Bitte, Straße, eventuell Ortsteil, Postleitzahl und Ort deutlich lesbar notieren!)

Geburtsjahr: _____ Unterschrift: _____
(Bewerber/Erziehg.-berecht./Betreuer)

Zahl der naturgesunden eigenen Zähne: _____

Bestätigung des Zahnarztes (Praxisstempel, Unterschrift):

Ort, Datum: _____

**Ich bewerbe mich um einen Platz in der
Liga der Kariesfreien Sachsen-Anhalt 2016:**

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____
(Bitte, Straße, eventuell Ortsteil, Postleitzahl und Ort deutlich lesbar notieren!)

Geburtsjahr: _____ Unterschrift: _____
(Bewerber/Erziehg.-berecht./Betreuer)

Zahl der naturgesunden eigenen Zähne: _____

Bestätigung des Zahnarztes (Praxisstempel, Unterschrift):

Ort, Datum: _____

**Ich bewerbe mich um einen Platz in der
Liga der Kariesfreien Sachsen-Anhalt 2016:**

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____
(Bitte, Straße, eventuell Ortsteil, Postleitzahl und Ort deutlich lesbar notieren!)

Geburtsjahr: _____ Unterschrift: _____
(Bewerber/Erziehg.-berecht./Betreuer)

Zahl der naturgesunden eigenen Zähne: _____

Bestätigung des Zahnarztes (Praxisstempel, Unterschrift):

Ort, Datum: _____

**Ich bewerbe mich um einen Platz in der
Liga der Kariesfreien Sachsen-Anhalt 2016:**

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____
(Bitte, Straße, eventuell Ortsteil, Postleitzahl und Ort deutlich lesbar notieren!)

Geburtsjahr: _____ Unterschrift: _____
(Bewerber/Erziehg.-berecht./Betreuer)

Zahl der naturgesunden eigenen Zähne: _____

Bestätigung des Zahnarztes (Praxisstempel, Unterschrift):

Ort, Datum: _____