

Anzahl

# Bestellung Zahnärztlicher Kinderpass

Empfängerbeschreibung

Empfänger

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

Adresse

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
zusätzliche Angaben zur Adresse

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
PLZ

**Bitte bestätigen Sie folgende Angaben:**

Bitte senden Sie mir die o. g. Anzahl an zahnärztlichen Kinderpässen kostenfrei zu. Bitte beachten Sie, dass ausschließlich Bestellungen aus Mecklenburg-Vorpommern bearbeitet werden können.

**Bitte senden Sie dieses Formular an:**

Fax: 0385 59108-20

Mail: [m.foerg@zaekmv.de](mailto:m.foerg@zaekmv.de)