

## Anzahl

## 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.