

# KALADENT

Herr Dr. med. dent.  
Thomas Amstad  
Rosenstrasse 2  
3800 Interlaken

Urdorf, 14. März 2008

## Bestätigung

Sehr geehrter Herr Dr. Amstad

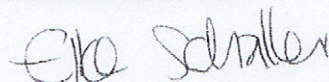
Besten Dank für Ihre Anmeldung an den Radiologie Workshop über Präimplantologische Diagnostik. Ich freue mich, Ihnen hiermit die Teilnahme wie folgt zu bestätigen:

<b>Datum</b>	<b>Mittwoch, 7. Mai 2008</b>
<b>Ort</b>	Hotel Ambassador Seftigenstrasse 99 3007 Bern
<b>Zeit</b>	18.30 Uhr
<b>Kursreferent</b>	Dr. Dr. Pierre Magnin
<b>Organisation</b>	Kaladent AG, Urdorf/ZH
<b>Parkplätze</b>	Vor Ort

Gerne stehe ich Ihnen unter der Telefonnummer 044 736 61 60 für weitere Auskünfte zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

**KALADENT AG**



Elke Schaller  
Marketing & Kommunikation