



PTO Praktiserende Tandlægers Organisation

# Indmeldeskort

Jeg ønsker hermed at blive medlem af  
Praktiserende Tandlægers Organisation

Navn: \_\_\_\_\_

CPR nr.: \_\_\_\_\_

Mobil telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Hjemmeside: \_\_\_\_\_

Klinikadresse: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_

By: \_\_\_\_\_

Kliniktelefon: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

**Send indmeldeskortet i lukket kuvert til:**

Praktiserende Tandlægers Organisation • Amaliegade 17 • DK-1256 København K