



Praktiserende Tandlægers Organisation
www.pto.dk

Indmeldelseskort

☐

Jeg ønsker hermed at blive medlem af Praktiserende Tandlægers Organisation

Navn: _____

CPR nr.: _____

e-mail: _____

Hjemmeside: _____

Klinikadresse: _____

Postnr.: _____

By: _____

Kliniktelefon: _____

☐

Jeg behandler børn og unge i privat praksis

Dato: _____

Underskrift: _____

Skan indmeldelseskortet og send til pto@pto.dk

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