



ApaCare PROTECT control Produkttest – Antwortformular

Bitte senden Sie dieses Antwortformular ausgefüllt an info@cumdente.de oder via Fax an 07071 / 975 57 22

☐

Ja, ich möchte am Produkttest der neuen ApaCare PROTECT control Schallzahnbürste teilnehmen. Nach der Testdauer von 2 Wochen sende ich unaufgefordert den mir bereitgestellten Fragebogen zurück*.

Bitte senden Sie die ApaCare PROTECT control Schallzahnbürste an folgende Adresse:

Praxis: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Datum, Unterschrift

* Die Anzahl der Testgeräte ist begrenzt. Diese werden nach Eingang der Teilnahmebestätigung versendet so lange der Vorrat reicht.
Das Einsenden dieses Formulars gewährt kein Recht auf ein Testexemplar der ApaCare PROTECT control Schallzahnbürste.