

## Selektive Markteinführung copaSKY 3.0

### Selbstauskunft zur Teilnahme an der selektiven Markteinführung:

Name: .....

Adresse: .....

Praxis: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Ich qualifiziere mich als Teilnehmer für die selektive Markteinführung von copaSKY3.0  
durch:

Langjährige Erfahrung in der Implantologie

SKY-Anwender

copaSKY-Anwender

Langjährige Erfahrung mit schmalen Implantaten

miniSKY-Anwender

Wettbewerber \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich unterstütze bredent medical GmbH & Co. KG bei der Markteinführung dieses Produkts:

Gerne beantworte ich den Fragebogen (Pflichtfeld)

Ich stehe für ein Interview zur Verfügung

Ich dokumentiere meine Fälle für Veröffentlichungen

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und zur Kontaktaufnahme in Verbindung mit der copaSKY 3.0 selektiven Markteinführung verarbeitet werden.

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht zur Nutzung von Briefpost-, E-Mail- und Telefon-Werbung verwendet.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Rückmeldung an das Produktmanagement: [roland.benz@bredent.com](mailto:roland.benz@bredent.com)