

**Anforderungen / Bemerkungen**  
geeignet für

<b>Firma / Institution</b>	Zahnarztpraxis Dr. Mina Katawazi und Kollegen
<b>Adresse</b>	,
<b>Betriebsgröße</b>	11 - 50 Personen
<b>Telefon</b>	04821 41021
<b>E-Mail</b>	info@itzehoe-zahnarzt.de
<b>Website</b>	<a href="https://itzehoe-zahnarzt.de">https://itzehoe-zahnarzt.de</a>

## Bewerbung

<b>per Post</b>	Zahnarztpraxis Dr. Mina Katawazi und Kollegen
<b>per E-Mail</b>	info@itzehoe-zahnarzt.de
<b>telefonisch</b>	04821 41021
<b>persönlich</b>	Zahnarztpraxis Dr. Mina Katawazi und Kollegen