

Zahnärztl. Bezirksverband Oberfranken, Justus-Liebig-Str. 113, 95447 Bayreuth

**verbindliche Anmeldung für die Zahnarzhelfer/in u. Zahnmed. Fachangest.
zur Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz im Transmar Travel Hotel
am Samstag, 17.07.2021, 14:00 Uhr, Bühlstr. 12, 95463 Bindlach/Bayreuth**

durch die/den Strahlenschutzverantwortliche/n (Praxisinhaber/in) der jeweiligen Praxis

Praxisinhaber/in: Name, Anschrift

Praxisstempel

Bitte eine **Kopie** über den Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz **der/des
Praxisinhabers/in** oder die Bescheinigung der letzten Aktualisierung der Fachkunde im
Strahlenschutz am _____ anfügen.

Daten der/des Teilnehmerin/Teilnehmers

(bei weiteren Teilnehmerinnen/Teilnehmern bitte dieses Anmeldeformular kopieren).

1. Teilnehmer/in

2. Teilnehmer/in

Name, Vorname

Geb.-Name

Geb.-Datum

Geb.-Ort

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Bescheinigung über das Erlangen der Kenntnisse im Strahlenschutz oder über die letzte
Aktualisierung **der/des Teilnehmerin/Teilnehmers in Kopie beilegen.**

SEPA-Lastschriftmandat (vom Kontoinhaber vollständig auszufüllen)

Hiermit ermächtige ich den Zahnärztlichen Bezirksverband Oberfranken, die von mir zu
entrichtenden Kursgebühren für o. g. Kurs und o. g. Teilnehmer/in/nen in Höhe von je
€ 60,00 zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

IBAN: _ _ _ _ _

BIC: _____

Bank: _____

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages
verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Mir ist bekannt, dass keine Umbuchungen möglich sind. Für Stornierungen bis zu einem Monat vor der Veranstaltung
wird eine Gebühr in Höhe von € 15,00 erhoben. Danach wird die volle Kursgebühr erhoben.

Name und Anschrift (Kontoinhaber)

Datum

Unterschrift