

per FAX 0921 68500 oder Mail an [info@zbv-ofr.de](mailto:info@zbv-ofr.de) bis spätestens **03.07.2023**

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

**verbindliche Anmeldung für die/den Zahnarzhelfer/in und ZFA zur Akt. der Kenntnisse im Strahlenschutz im Transmar Travel Hotel am Samstag, 22.07.2023, 9:00 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 Teilnehmenden bitte dieses Anmeldeformular kopieren).

**1. Teilnehmer/in**

**2. Teilnehmer/in**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Name

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Geb.-Ort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**Bescheinigung der/des Teilnehmerin/Teilnehmers** über das Erlangen der Kenntnisse im Strahlenschutz oder über die letzte Aktualisierung in Kopie beilegen (nicht länger als 10 Jahre zurückliegend).

**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 bei Nichtteilnahme oder Stornierung keine Rückzahlung der Kursgebühr erfolgt.

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift