

**Anmeldeschluss: 08.12.2023**

**Anmeldung: FAX 0921 68500 oder E-Mail info@zbv-ofr.de  
Zahnärztl. Bezirksverband Oberfranken, Justus-Liebig-Str. 113, 95447 Bayreuth**

**verbindliche Anmeldung für Zahnärzte/Zahnärztinnen**

zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz am  
**am Samstag, 13.01.2024, um 9:00 Uhr,**  
im **Transmar Travel Hotel, Bühlstr. 12, 95463 Bindlach/Bayreuth**

**Zutreffendes ist vom Teilnehmenden anzukreuzen und auszufüllen:**

<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass ich im Besitz einer deutschen Fachkunde im Strahlenschutz bin.
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass ich meine Fachkunde im Jahr 2019 erworben bzw. aktualisiert habe.

Wir gehen davon aus, dass Sie damit einverstanden sind, dass die Daten vom ZBV für die Kursabwicklung gespeichert und verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_  
Name der/des Teilnehmenden (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Teilnehmenden

Reservierungen erfolgen nach der Reihenfolge des Eingangs (Plätze begrenzt).

**SEPA-Lastschriftmandat (bitte vollständig ausfüllen)**

Ich bevollmächtige den Zahnärztlichen Bezirksverband Oberfranken, die Teilnehmergebühr in Höhe von € 60,00 im Abbuchungsverfahren einzuziehen:

IBAN: \_ \_ \_ \_ \_

BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

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.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Adresse, Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/in