

für Zahnärztinnen/Zahnärzte

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberfranken
Justus-Liebig-Straße 113/II, 95447 Bayreuth

An alle
oberfränkischen Kolleginnen
und Kollegen

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberfranken Körperschaft des öffentlichen Rechts

Telefon 0921 65025
Telefax 0921 68500
E-Mail info@zbv-ofr.de
Unsere Zeichen: Dr.Sch/Si
Tag: 20.06.2024

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wie Sie bereits wissen, ist für Zahnärztinnen/Zahnärzte durch die Novellierung der Strahlenschutzverordnung alle fünf Jahre die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz vorgeschrieben. So sind im Jahr 2025 alle Kolleginnen und Kollegen betroffen, die im Jahr 2020 ihre Fachkunde erworben bzw. zuletzt aktualisiert haben.

Termin/Ort: **Samstag, 11.01.2025, im Transmar Travel Hotel, Bühlstr. 12,
95463 Bindlach/Bayreuth (A9, Ausfahrt Bayreuth Nord)**

Beginn: **9:00 Uhr**

Kosten: jeweils € 60,00 (das Kursskript ist bereits in diesem Preis enthalten)

Bitte melden Sie sich verbindlich mit rückseitigem Anmeldeformular bei der ZBV-Geschäftsstelle an. Reservierungen erfolgen nach der Reihenfolge des Eingangs (Plätze begrenzt).

Bitte beachten Sie, dass bei Nichtteilnahme oder Stornierung keine Rückzahlung der Kursgebühr erfolgt.

Für Rückfragen steht Ihnen die ZBV-Geschäftsstelle oder der Unterzeichner gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. Schott
1. Vorsitzender



Anmeldeschluss: 6. Dezember 2024

**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, 11.01.2025, 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 (Bestätigung zwingend erforderlich).
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass ich meine Fachkunde im Jahr 2020 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