

Für das Personal!

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

**Zahnärztlicher
Bezirksverband
Oberfranken Körperschaft
des öffentlichen Rechts**

An alle
niedergelassenen Kolleginnen
und Kollegen in Oberfranken

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

Aktualisierung der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für das zahnärztliche Personal

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

nach § 49 StrSchV sind Zahnarzhelfer/innen/Zahnmed. Fachangestellte (ZFA) sowie das zahnärztliche Hilfspersonal mit Kenntnissen im Strahlenschutz, die im Jahr 2020 erworben oder zuletzt aktualisiert wurden, verpflichtet, die Kenntnisse im Strahlenschutz 2025 zu aktualisieren, wenn sie weiter ihre erworbenen Kenntnisse anwenden wollen.

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)

Wir bitten Sie, Ihr betroffenes Personal mit rückseitigem **Anmeldeformular** und Vorlage einer Kopie der **Erstbescheinigung** über das Erlangen bzw. bei bereits erfolgter Aktualisierung (nicht länger zurückliegend als 10 Jahre) die **Kopie der letzten Bescheinigung** über die Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz anzumelden.

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

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

Für Rückfragen stehen Ihnen die Geschäftsstelle bzw. der Unterzeichner telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen



Dr. Schott
1. Vorsitzender

Verbindliche Anmeldung für die/den Zahnarztthelfer/in und ZFA
zur Akt. der Kenntnisse im Strahlenschutz in Bindlach, Transmar Travel Hotel, Bühlstr. 12,
am **Samstag, den 11.01.2025**, um **9:00 Uhr**
per Fax an 0921 68500 oder per Mail an info@zbv-ofr.de
oder im Original an den ZBV Oberfranken, Justus-Liebig-Str. 113, 95447 Bayreuth.

Anmeldung durch die/den **Strahlenschutzverantwortliche/n** (Praxisinhaber/in) der 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 anfügen.

Daten der/des Teilnehmenden

Wir gehen davon aus, dass Sie die Teilnehmenden informieren, dass die Daten vom ZBV für die Kursabwicklung gespeichert und verarbeitet werden.

1. Teilnehmer/in

Name, Vorname

Geb.-Name

Geb.-Datum

Geb.-Ort

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

2. Teilnehmer/in

Name, Vorname

Geb.-Name

Geb.-Datum

Geb.-Ort

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Bescheinigung der/des Teilnehmenden 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