

Verbindliche Anmeldung für die/den Zahnarzhelfer/in und ZFA
zur Akt. der Kenntnisse im Strahlenschutz in Bindlach, Transmar Travel Hotel, Bühlstr. 12,
am **Samstag, den 13.12.2025**, 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