

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz
93047 Regensburg * Albertstraße 8 / 93001 Regensburg * Postfach 10 01 26
Telefon (0941) 59204-0 * Telefax (0941) 59204-70
E-Mail: info@zbv-opf.de * Internet: http://www.zbv-opf.de

**AKTUALISIERUNG DER KENNTNISSE IM STRAHLENSCHUTZ
FÜR ZAHNARZTHELFER/INNEN und ZAHNMEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE**

Die Strahlenschutzverordnung schreibt im § 48 u.a. vor: *Die Fachkunde im Strahlenschutz muss mindestens alle fünf Jahre durch eine erfolgreiche Teilnahme an einem von der zuständigen Stelle (Anm. BLZK) anerkannten Kurs oder anderen von der zuständigen Stelle als geeignet anerkannten Fortbildungsmaßnahmen aktualisiert werden.*

Für Ihre Mitarbeiter/innen entsteht die Notwendigkeit einen solchen Kurs zu besuchen, wenn der Erwerb der Kenntnisse oder die letzte Aktualisierung der Kenntnisse **im Jahre 2020** erfolgt ist. Daher finden in den Zahnärztlichen Bezirksverbänden Aktualisierungskurse statt. In der Oberpfalz bieten wir Ihnen die nachfolgend aufgeführten Kurse an.

Teilnehmergebühr: 40,00 € inkl. Verwaltungskosten für Skript und Zertifikat
Anmeldeschluss: 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn

Termin: Mittwoch, **02.04.2025**, 14.00 – 17.00 Uhr
Ort: **Nabburg**, Nordgauhalle, Turnhallenweg 16 a
Referent: Dr. Fabian Fleischmann, Neutraubling

Termin: Mittwoch, **24.09.2025**, 14.00 – 17.00 Uhr
Ort: **Regensburg**, Universitätsklinikum Regensburg, großer Hörsaal
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
Referentin: Dr. Judith Sperl, Regensburg

**Anmeldeformular und SEPA-Einzellastschriftmandat
auf der Rückseite!**

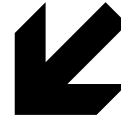
Absender:

.....
.....
.....

Verbindliche Anmeldung an:

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz
Albertstraße 8
93047 Regensburg

**Anlagen bitte
nicht vergessen!!!**



Der/die **Nachweis/e** über die bereits erworbenen Kenntnisse im Strahlenschutz **liegt/liegen in Kopie bei.**

- Mittwoch, 02.04.2025**, Nabburg
 - Mittwoch, 24.09.2025**, Regensburg
- oder**
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort	E-Mail-Adresse *)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

***) Jede/r Teilnehmer/in benötigt eine eigene E-Mail-Adresse damit ggf. kurzfristige Änderungen zeitnah mitgeteilt werden können.**

Die Kursgebühr/en in Höhe von€ soll/en von folgendem Konto per Lastschrift eingezogen werden:

Gläubiger-Identifikationsnummer DE65ZZZ00000339657
SEPA-Einzellastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz, **einmalig eine Zahlung** von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Anschrift

Kreditinstitut

BIC des Kreditinstituts

IBAN: DE - ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ein Rücktritt ist bis zu 2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn möglich (20,00 € Bearbeitungsgebühr). Bei späterer Absage ist eine Rückerstattung der Gebühr ausgeschlossen. Der Einzug durch die Bank erfolgt innerhalb 2 Wochen nach der Veranstaltung. Die Mandatsreferenznummer erhalten Sie mit der Anmeldebestätigung (Pre-Notification). Ich bin damit einverstanden, dass der Zahnärztliche Bezirksverband Oberpfalz meine Daten zur Anmeldung und Durchführung des Kurses speichert. Die Weitergabe der Daten erfolgt nicht. Nach Ablauf der gesetzlichen Speicherfristen werden die Daten gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift f. **Kursanmeldung**

Unterschrift d. Kontoinhabers bzw.
Bevollmächtigten f. **SEPA-Lastschriftmandat**