

**AKTUALISIERUNG DER FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ
FÜR ZAHNÄRZTINNEN UND ZAHNÄRZTE
ALS PRÄSENZVERANSTALTUNG**

Die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) schreibt im § 48 u.a. vor: *Die erforderliche 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. Der Nachweis der Aktualisierung der erforderlichen Fachkunde ist der zuständigen Behörde (Gewerbeaufsicht) auf Anforderung vorzulegen.*

Für Sie besteht also die Notwendigkeit einen solchen Kurs zu besuchen, wenn der Erwerb der Fachkunde oder die letzte Aktualisierung der Fachkunde im Jahre 2019 erfolgt ist.

- Anmeldeschluss:** 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn
- Termin:** Mittwoch, 27.11.2024, 16.30 – 18.45 Uhr
- Ort:** **Waldhotel Schwefelquelle**
92421 Schwandorf, An der Schwefelquelle 12
- Referent:** Dr. Fabian Fleischmann, Neutraubling
- Teilnehmergebühr:** 50,00 € inkl. Verwaltungskosten für Skript und Zertifikat
- Fortbildungspunkte:** 4

**Das Anmeldeformular für o.g. Veranstaltung und
SEPA-Einzellastschriftmandat finden Sie auf der Rückseite!**



Wir würden uns freuen, wenn Sie im Anschluss an die Fortbildungsveranstaltung an der Mitgliederversammlung 2024 des ZBV Oberpfalz ab 19.00 Uhr teilnehmen würden.

⇒⇒⇒ Bitte wenden ⇒⇒⇒

Absender:

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

Verbindliche Anmeldung an:

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz
Albertstraße 8
93047 Regensburg
Fax: 0941/59204-70

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz am Mittwoch, 27.11.2024



Ich besitze die deutsche Fachkunde im Strahlenschutz: Ja Nein ***(Bitte ankreuzen)***



_____/_____
Geburtsdatum **und** Geburtsort

Name der/des Zahnärztin/Zahnarztes

E-Mail-Adresse

Anschrift

PLZ, Ort

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)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

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. Eine 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**