

RÖNTGENAKTUALISIERUNG

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 Stelle auf Anforderung vorzulegen.*

Für Sie entsteht die Notwendigkeit einen solchen Kurs zu besuchen, wenn der Erwerb der Fachkunde oder die letzte Aktualisierung der Fachkunde im Jahr 2015 erfolgt ist.

AKTUALISIERUNG DER FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ZAHNÄRZTE

Anmeldeschluss: 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn
Teilnehmergebühr: 50,00 € inkl. Verwaltungskosten für Skript und Zertifikat
Fortbildungspunkte: 4

Termin: Mittwoch, **14.10.2020**, 16.00 – 18.15 Uhr
Ort: **Nordgauhalle Nabburg**, Turnhallenweg 16 a, Nabburg
Referent: Dr. Dr. phil. Frank Wohl, Grafenwöhr

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

⇒⇒⇒ Bitte wenden ⇒⇒⇒

Absender:

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

Verbindliche Anmeldung an:

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

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz am Mittwoch, 14.10.2020



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



_____/_____
Geburtsdatum **und** Geburtsort

Name der/des Zahnärztin/Zahnarztes

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**