

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

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 2017** erfolgt ist.



**Aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie bitten wir zu beachten, dass die Veranstaltung unter Berücksichtigung aller zum Veranstaltungszeitpunkt geltenden Corona-Regeln stattfinden wird. Auf unserer Homepage: [www.zbv-opf.de](http://www.zbv-opf.de) werden tagesaktuelle Änderungen eingepflegt. Bitte informieren Sie sich rechtzeitig vor Kursbeginn!**

**Teilnehmergebühr:** 50,00 € inkl. Verwaltungskosten für Skript und Zertifikat

**Anmeldeschluss:** 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn \*)

**Fortbildungspunkte:** 4

**Termin:** Freitag, **14.10.2022**, 15.00 – 17.15 Uhr

**Ort:** Restaurantsaal, **Dechbettener Hof**, Dechbetten 11, 93051 Regensburg

**Referent:** Dr. Dr. phil. Frank Wohl, Grafenwöhr

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

\*) Die Kursdauer umfasst 8 Unterrichtseinheiten. Davon werden 5 Unterrichtseinheiten für das Eigenstudium des Röntgenskripts der BLZK angerechnet. Daher ist ein Anmeldeschluss 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn rechtlich zwingend vorgeschrieben, um das Skriptstudium zeitlich zu ermöglichen.

⇒⇒⇒ Bitte wenden ⇒⇒⇒

Absender:  
.....  
.....  
.....

**Verbindliche Anmeldung an:**

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz  
Albertstraße 8  
93047 Regensburg

**Anmeldung zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz am  
Freitag, 14.10.2022**



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



\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum **und** Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Name der/des Zahnärztin/Zahnarztes

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

\_\_\_\_\_  
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:        D E - \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

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**