

**AKTUALISIERUNG DER KENNTNISSE IM STRAHLENSCHUTZ
FÜR ZAHNARZTHELFERINNEN und ZAHNMEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE
ALS ONLINEKURSE**

Bezüglich der Aktualisierung der Fachkunde/Kenntnisse im Strahlenschutz für Zahnärzte und Zahnärztliches Personal hatte das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz (StMUV) während der Corona-Pandemie ursprünglich empfohlen, dass ablaufende, 5-jährige Aktualisierungsfristen bis zum 31.12.2020 ohne weitere Prüfung als eingehalten gelten, wenn die bereits angemeldete Kursteilnahme danach zum nächstmöglichen, beim Kursveranstalter verfügbaren Termin, erfolgt.

Diese Empfehlung wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt- und Verbraucherschutz erneut um ein weiteres Jahr, also **bis zum 31.12.2021, verlängert**.

Da nicht abzusehen ist, ab wann wieder Präsenzkurse abgehalten werden können, werden wir die nächsten Kurse ausnahmsweise als Onlinekurse als ZOOM-Konferenz abhalten.

Sollten an den untenstehenden Terminen Präsenzveranstaltungen wieder möglich sein, werden die Onlineveranstaltungen in Präsenzveranstaltungen gem. den Vorgaben der BLZK umgewandelt.

Für Ihre Mitarbeiter besteht also die Notwendigkeit einen solchen Kurs zu besuchen, wenn der Erwerb der Kenntnisse oder die letzte Aktualisierung der Kenntnisse **im Jahre 2015 oder 2016** erfolgt ist.

Jeder Teilnehmer benötigt zudem eine eigene Mailadresse, an die der ZOOM-Zugangslink kurz vor der Veranstaltung gesendet wird.

Teilnehmergebühr: 40,00 € inkl. Verwaltungskosten für Skript und Zertifikat

Anmeldeschluss: 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn

Termine: Freitag, **23.04.2021**, 17.00 – 20.00 Uhr oder
Mittwoch, **09.06.2021**, 17.00 – 20.00 Uhr oder
Montag, **20.09.2021**, 17.00 – 20.00 Uhr oder
Mittwoch, **29.09.2021**, 17.00 – 20.00 Uhr

Ort: ZBV Oberpfalz, Regensburg - Onlinekurs mit ZOOM

Referentin: Dr. Marie-Luise Bräuer, Regensburg

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

⇒⇒⇒ Bitte wenden ⇒⇒⇒

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.**

- Freitag, 23.04.2021** **oder**
- Mittwoch, 09.06.2021** **oder**
- Montag, 20.09.2021** **oder**
- Mittwoch, 29.09.2021**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

***) Pro Person ist eine E-Mail-Adresse notwendig. An diese Adresse wird der personalisierte Link zur Online-Sitzung gesendet.**

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: 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. 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**