

**Fortbildung für Zahnmedizinische Fachangestellte**  
**nach der Fortbildungsordnung der BLZK**  
**Prophylaxe-Basiskurs 2019 in München**

Kursdaten:

Fr. 05.04.2019 09:00 – 18:00 Uhr                      Sa. 06.04.2019 09:00 – 18:00 Uhr

Fr. 12.04.2019 09:00 – 18:00 Uhr                      Sa. 13.04.2019 09:00 – 18:00 Uhr

**Di. 07.05.2019 08:00 – 17:00 Uhr** & **Mi. 08.05.2019 09:00 – 12:30 Uhr** **Gruppe A**

**Mi. 08.05.2019 13:00 – 18:00 Uhr** & **Do. 09.05.2019 09:00 – 16:30 Uhr** **Gruppe B**

Sa. 11.05.2019 09:00 – 15:30 Uhr

**Kursort: ZBV Oberbayern, Elly-Staegmeyrstr. 15, 80999 München-Allach**

Kursgebühr: **EUR 550,00**

Referentin: **Fr. Ulrike Wiedenmann, DH**

Teilnehmer: **24**

**Verbindliche und schriftliche Anmeldung an:**

Verwaltung der Fortbildungen des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern

Ruth Hindl, Grafrather Str. 8, 82287 Jesenwang

Tel.: 08146- 997 95 68

Fax: 08146- 997 98 95

Bei Absagen wird eine Bearbeitungsgebühr von EUR 40,00 erhoben. Sollte kein Ersatz gefunden werden können, muß der Kurs vollständig bezahlt werden.

Bei Interesse verwenden Sie bitte das nachstehende Anmeldeformular. Sie erhalten dann rechtzeitig vor Kursbeginn von uns weitere Unterlagen zugesandt.

Verwaltung der Fortbildungen des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern  
Ruth Hindl, Grafratherstr. 8, 82287 Jesenwang

# ANMELDEFORMULAR

**Prophylaxe-Basiskurs München 05.04. bis 11.05.2019**

Bitte teilen Sie uns mit, welche Gruppe Sie bevorzugen. **Gruppe A**  **od. GRUPPE B**   
Soweit dies möglich ist, werden wir Ihren Wunsch berücksichtigen.

Name Kursteilnehmer/in: .....

Anschrift Kursteilnehmer/in: .....

Geb. Datum / Ort: .....

Name u. Anschrift d. Praxis: .....

.....

## Zulassungsvoraussetzungen:

1. Helferinnenbrief/Urkunde einer Zahnärztekammer
2. Gültige Röntgenbefähigung nach § 18 a Abs. 3 der Röntgenverordnung

Jeder Teilnehmer erhält am Ende des Kurses eine Teilnahmebestätigung über die „regelmäßige“ Teilnahme.

Freiwillige kursbegleitende Leistungskontrollen finden zur Qualitätssicherung statt. Alle daran teilnehmenden Kursbesucher erhalten bei Erreichung der Mindestpunktzahl ein Zertifikat über die „erfolgreiche“ Teilnahme.

Datum, Unterschrift, .....Praxisstempel:

Anlagen: Helferinnenbrief/Urkunde in Kopie  
Gültige Röntgenbescheinigung in Kopie  
Einzugsermächtigung über die Kursgebühr  € 550,00

## SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

*für Zahlungsempfänger: Zahnärztlicher Bezirksverband Oberbayern*

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende/n Kursgebühr/en für Kurs: **Prophylaxe-Basiskurs**

und Teilnehmer(in): \_\_\_\_\_,

in Höhe von 550,00 € zu Lasten meines/unseres Kontos:

BIC: \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

zum Fälligkeitstag laut Rechnung der Fortbildung durch Lastschrift einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Kontoinhabers (ggf. Praxisstempel)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Gläubiger-ID:DE07ZZZ00000519084

Mandatsreferenz: Erhalt mit der Ankündigung zum SEPA-Einzug (Pre-Notification)

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (ABG) des ZBV Oberbayern