

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberbayern

Messerschmittstr. 7, 80992 München, Tel.: 089 - 79355883

E-Mail: kwemhoener@zbvobb.de Fax: 089 - 81888735

ZAHNÄRZTLICHER
BEZIRKSVERBAND



Kursanmeldung

Kurs-Nr.:

Name, Vorname Kursteilnehmer/in:

Geburtsdatum und Geburtsort:

Adresse Kursteilnehmer/in:

Telefon / E-Mail / Fax:

Name/Adresse der Praxis:

Rechnungsadresse: Praxis Privat - falls abweichend:

Ihre Anmeldung ist nur verbindlich, wenn folgende Anlagen der jeweiligen Kursanmeldung beigelegt werden:

Praxispersonal:

Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz: Aktuelle Röntgenbescheinigung in Kopie

1-Tages-Röntgenkurs (10 Std.): Kopie der ZFA-Urkunde

3-Tages-Röntgenkurs (24 Std.): Amtlich beglaubigte Kopie der ZAH/ZFA-Urkunde per Post

Prophylaxe-Basiskurs: ZAH/ZFA-Urkunde, aktuelle Röntgenbescheinigung in Kopie

ZMP Aufstiegsfortbildung: Bescheinigung über mind. 1 Jahr Berufserfahrung, ZAH/ZFA-Urkunde, aktuelle Röntgenbescheinigung, Nachweis eines absolvierten Kurses über Maßnahmen in med. Notfällen (mind. 9 UE).

Die Kursanbieter müssen durch den Unfallversicherungsträger ermächtigte Stellen sein. Eine Liste dieser Stellen finden Sie unter folgendem Link: <https://www.bg-qseh.de/>

Zahnärzte/innen:

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz:

hiermit bestätige ich, dass ich im Besitz des Erwerbs der deutschen Fachkunde im Strahlenschutz bin

Zahlung der Kursgebühr

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o.g. Fortbildungsveranstaltung des ZBV Oberbayern an.

Ich habe die AGB inkl. Stornobedingungen gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

Gemäß den Vorschriften (gültig ab 01.02.2014) zum SEPA-Lastschriftinzugsverfahren erfolgt der Einzug mit Vorankündigung (Pre-Notification) als Rechnungsbestandteil mit Angabe unserer Gläubiger-ID (DE07ZZZ00000519084) und der Mandatsreferenznummer.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats: Ich ermächtige den ZBV Oberbayern, Kursgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ZBV Oberbayern auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt gemäß den Vereinbarungen in der Rechnungstellung.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

BIC: _____ IBAN: _____

X

Unterschrift / ggf. Stempel Kontoinhaber/in bzw. Bevollmächtigte/r

Datum