



Kursanmeldung

Kurs-Nr.: _____

Name, Vorname Kursteilnehmer/in: _____

Geburtsdatum **und** Geburtsort : _____

Adresse Kursteilnehmer/in: _____

Rechnungsadresse: _____

Praxisanschrift Privatanschrift

Name/Adresse der Praxis: _____

Telefon/Telefax/E-Mail: _____

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

Praxispersonal:

Röntgenkurs (10 Std.): Kopie der ZAH/ZFA-Urkunde

Röntgenkurs (24 Std.): amtlich beglaubigte Kopie der ZAH/ZFA-Urkunde

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

Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz: Aktuelle Röntgenbescheinigung in Kopie

ZMP Aufstiegsfortbildung: Bescheinigung über mind. 1 Jahr Berufserfahrung, ZAH/ZFA-Urkunde, 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 ermächtigten Stellen finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.bg-qseh.de/ExtraEH/erstview.nsf/ShowErst?openform>

Zahnärzte/innen:

Aktualisierung der Fachkunde:

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 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 und der Mandatsreferenznummer.

Datum

Unterschrift / Stempel

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: _____

Datum _____ Unterschrift / Stempel Kontoinhaber/in bzw. Bevollmächtigte/r für SEPA-Lastschriftmandat

Datenschutzhinweis: Die vom ZBV Oberbayern von Ihnen geforderten und angegebenen personenbezogenen Daten werden gemäß den derzeit geltenden gesetzlichen Datenschutzrechtsverordnungen erhoben, bearbeitet, gespeichert und gegebenenfalls gelöscht. Weitere Hinweise unter www.zbvobb.de oder durch den Datenschutzbeauftragten der Körperschaft.