

**verbindliche Anmeldung für die Zahnarzhelfer/in u. Zahnmed. Fachangest.
zur Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz am
Samstag, 30.03.2019, 9:00 Uhr, Frankenring 1, 95502 Himmelkron
(Fichtelgebirgshof)**

durch den Strahlenschutzverantwortlichen (Praxisinhaber) der jeweiligen Praxis
Praxisinhaber:
Name, Anschrift (Praxisstempel)

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Datum der Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz des **Praxisinhabers**
(Bescheinigung) _____ (**Kopie liegt bei**).

Daten der/des Teilnehmerin/Teilnehmers

(bei weiteren Teilnehmerinnen/Teilnehmern bitte dieses Anmeldeformular kopieren).

1. Teilnehmer/in

2. Teilnehmer/in

Name, Vorname

Geb.-Name

Geb.-Datum

Geb.-Ort

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Erstbescheinigung der/des Teilnehmerin/Teilnehmers (Datum der Erstbescheinigung
über das Erlangen der Kenntnisse im Strahlenschutz (Röntgenbescheinigung) oder
Bescheinigung über die letzte Aktualisierung eintragen und diese in **Kopie beifügen**).

SEPA-Lastschriftmandat (bitte vollständig ausfüllen)

Hiermit ermächtige ich den Zahnärztlichen Bezirksverband Oberfranken, die von mir zu
entrichtenden Kursgebühren für o. g. Kurs und o. g. Teilnehmer/innen in Höhe von je
€ 50,00 zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung
des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut
vereinbarten Bedingungen.

Mir ist bekannt, dass keine Umbuchungen möglich sind. Für Stornierungen bis zu
einem Monat vor der Veranstaltung wird eine Gebühr in Höhe von € 15,00 erhoben.
Danach wird die volle Kursgebühr erhoben.

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Datum

Unterschrift