

Zahnärztlicher Bezirksverband  
Oberfranken  
Justus-Liebig-Str. 113  
95447 Bayreuth

**Anmeldeschluss: 26.06.2025**

## A n m e l d u n g

zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz am **Mittwoch, 16. Juli 2025**,  
anlässlich des Zahnmedizinischen Fachkolloquiums der DGWMP melde ich mich  
verbindlich an. **Eine Teilnahme ist nur bei Buchung des Fortbildungsprogramms am  
Mittwoch möglich.**

Die Verwaltungsgebühr beträgt € 60,00.

**Zutreffendes ist vom Teilnehmer anzukreuzen und auszufüllen.**

<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass ich im Besitz einer deutschen Fachkunde im Strahlenschutz bin.
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass ich meine Fachkunde im Jahr 2020 erworben bzw. aktualisiert habe. <b>Nachweis über den Erwerb der Fachkunde bitte beifügen.</b>

\_\_\_\_\_  
Name des Teilnehmers (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.

Reservierungen erfolgen nach der Reihenfolge des Eingangs (Plätze begrenzt).

### **SEPA-Lastschriftmandat (bitte vollständig ausfüllen)**

Ich bevollmächtige den Zahnärztlichen Bezirksverband Oberfranken, die Teilnehmergebühr in Höhe von € 60,00 im Abbuchungsverfahren einzuziehen:

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

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

Bank: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

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.

Bitte beachten Sie, dass **bei Nichtteilnahme oder Stornierung keine Rückzahlung** der Kursgebühr erfolgt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Adresse (bitte lesbar), Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber