

**verbindliche Anmeldung für die Zahnarthelferin/Zahnmed. Fachangestellten  
zur Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz am  
Samstag, 02.06.2018, 9:00 Uhr, Tagungszentrum, Kolpingstr. 5, Bayreuth  
(ehemaliges Kolpinghaus)**

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 Zahnarthelferin/Zahnmed. Fachangestellten** (bei weiteren Helferinnen bitte  
dieses Anmeldeformular kopieren).

**1. Helferin**

**2. Helferin**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Geb.-Name

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Geb.-Ort

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

**Erstbescheinigung der Helferin** (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