

## Dozent



### **Dr. Christian Öttl**

Studium der Zahnmedizin,  
Niederlassung in eigener Praxis

## 3-Tage-Kurs Zahnärzte

Teilnehmerzahl: 30  
Kursgebühr: € 495,00  
Fortbildungspunkte: 24

## Röntgenkurs für Zahnärzte zum Erwerb der Fachkunde gem. § 74 Abs. 1 StrlSchG i. V. m. § 47 Abs. 1 StrlSchV

Auf Grundlage des Strahlenschutzgesetzes und der Strahlenschutzverordnung vermittelt der Kurs das theoretische und praktische Rüstzeug zur dentalen Röntgentätigkeit. Das Zertifikat ist bundesweit anerkannt.

- Geschichte der Röntgenologie
- Strahlenphysik
- Zahnärztliche Röntgengeräte
- Röntgenfilme
- Filmverarbeitung
- Aufnahmetechniken
- Strahlenschutz
- Strahlenschutzgesetz und Strahlenschutzverordnung
- Konstanzprüfung

Dieser Kurs richtet sich insbesondere an Zahnärzte, die die deutsche Fachkunde auf Grund ihrer bisherigen Tätigkeit im Ausland nicht besitzen.

### **Anmeldung:**

Verwenden Sie für die Anmeldung zum Röntgenkurs für Zahnärzte zum Erwerb der Fachkunde gem. § 74 Abs. 1 StrlSchG i. V. m. § 47 Abs. 1 StrlSchV bitte das Anmeldeformular auf der nächsten Seite!

Kursort	Kursnummer	Datum	Uhrzeit
München	61060	Montag, 08.02.2021	09.00 – 17.00 Uhr
		Dienstag, 09.02.2021	09.00 – 17.00 Uhr
		Mittwoch, 10.02.2021	09.00 – 17.00 Uhr
München	61430	Montag, 25.10.2021	09.00 – 17.00 Uhr
		Dienstag, 26.10.2021	09.00 – 17.00 Uhr
		Mittwoch, 27.10.2021	09.00 – 17.00 Uhr

# Kursanmeldung – Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz

Fax 089 230211406 oder unter [www.eazf.de](http://www.eazf.de)



Europäische Akademie  
für zahnärztliche  
Fort- und Weiterbildung  
der BLZK

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Fortbildung an:

**Kursnummer**

**Kurstitel**

**Röntgenkurs für Zahnärzte zum Erwerb der Fachkunde  
gem. § 74 Abs. 1 StrlSchG i. V. m. § 47 Abs. 1 StrlSchV**

**Teilnehmer** (Vor- und Nachname in Druckbuchstaben – Geburtsname, falls abweichend, angeben)

## Angaben, die zur Teilnahme am Röntgenkurs für Zahnärzte zum Erwerb der Fachkunde gem. § 74 Abs. 1 StrlSchG i.v.m. § 47 Abs. 1 StrlSchV unbedingt erforderlich sind:

Liegt die Deutsche Approbation oder eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde nach § 13 ZHG vor?  Ja  Nein

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

**Die Anmeldung zur Fortbildung ist erst nach Vorliegen der erforderlichen Angaben möglich!**

**Rechnungsadresse**

Praxisanschrift

Privatanschrift

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die eazf GmbH, Kursgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der eazf GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt gemäß den AGB der eazf GmbH sowie den Vereinbarungen gemäß der Rechnungsstellung.

Praxiskonto

Privatkonto

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN DE \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

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.

Mit meinen Unterschriften melde ich mich verbindlich zu o.g. Fortbildung an. Die aktuellen AGB der eazf GmbH sind mir bekannt, mit ihrer Geltung bin ich einverstanden.

## Hinweis

Mit der Angabe meiner E-Mail-Adresse erkläre ich mich einverstanden, dass die eazf GmbH diese verwenden darf, soweit es sich um Kommunikation im Zusammenhang mit Kursbuchungen (z.B. Anmeldebestätigungen, Informationen zum Kurs, Rechnungen) handelt. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit einer Mitteilung in Textform gegenüber der eazf GmbH widerrufen kann.

eazf GmbH  
Fallstr. 34, 81369 München

Telefon 089 230211400  
Telefax 089 230211406  
E-Mail [info@eazf.de](mailto:info@eazf.de)  
[www.eazf.de](http://www.eazf.de)

## Gläubiger-ID

DE96ZZZ00000400015  
Mandatsreferenz: Erhalt mit der Vorankündigung zum SEPA-Einzug (Pre-Notification)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Praxisstempel  
für Kursanmeldung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber  
bzw. Bevollmächtigter  
für SEPA-Lastschriftmandat