ERKLÄRUNG

(Information an die Zahnärztekammer Niedersachsen

über die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen)

Empfänger:

ausschließlich per E-Mail an:
Fortbildungspunkte@zkn.de

Zahnärztekammer Niedersachsen

Zeißstraße 11a

30519 Hannover

Name des Anbieters/Veranstalters: _____

Adresse: _____

_____

Name/Titel des/der Referenten: _____

Titel/Thema der Veranstaltung: _____

Veranstaltungsdauer in Stunden: _____

Veranstaltungsort (Niedersachsen): _____

Veranstaltungstermin: _____

Zahl der Fortbildungspunkte, die vom Veranstalter auf der Grundlage der Punktebewertung von KZBV/BZÄK/DGZMK vergeben werden: _____

Bitte beachten Sie, dass die Anzeige **ausschließlich per E-Mail** erfolgen darf.

Alle anderen Zusendungsformen werden nicht berücksichtigt.

Hiermit erkläre ich, dass die Leitsätze und Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer zur zahnärztlichen Fortbildung anerkannt und bei der Fortbildungsveranstaltung berücksichtigt werden.

_____ _____

(Datum) (Unterschrift) (Stempel)