

Erklärung

(Information an die Zahnärztekammer Niedersachsen
über die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen)

An die
Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11 a
30519 Hannover

E-Mail: dschmoe@zkn.de

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:**

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

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)



(Stempel)