

## 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.

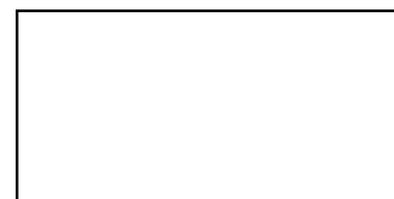
Hiermit erkläre ich, dass die Leitsätze und Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer zur zahnärztlichen Fortbildung anerkannt und bei der Fortbildungsveranstaltung berücksichtigt werden.

\_\_\_\_\_

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)



(Stempel)