Crashkurs zur GAP Teil 1!

"Durchführen von Hygienemaßnahmen und Aufbereiten von Medizinprodukten sowie Empfangen und Aufnehmen von Patienten"

In den letzten Jahren hat der ZBV Oberpfalz immer einen Crashkurs für Auszubildende kurz vor der Abschlussprüfung angeboten.

Wir bitten alle Ausbilder in der Oberpfalz zu prüfen, ob dies nicht eine Gelegenheit für ihre Auszubildenden im **2. Ausbildungsjahr** wäre, sich auf den ersten Teil der gestreckten Abschlussprüfung besser vorzubereiten. Der Termin ist bewusst auf Samstag gelegt, so dass kein zusätzlicher Ausfall in der Praxis entsteht und ein bisschen Selbstverantwortung und Eigeninitiative der künftigen Zahnmedizinischen Fachangestellten gefordert sind.

Ebenso wurde nur eine niedrige Kostenpauschale angesetzt, da die Förderung einer guten Ausbildung ein zentrales Anliegen des ZBV-Vorstandes darstellt und somit auch – zum Nutzen aller – finanziell gefördert wird.

Thema	**Crashkurs zur GAP Teil 1!** **"Durchführen von Hygienemaßnahmen und Aufbereiten von Medizinprodukten sowie Empfangen und Aufnehmen von Patienten"**
Termin	Samstag, 06.03.2027, 10.00 – 14.30 Uhr
Referent	ZA. Kay Monschau, Fachlehrer an der Berufsschule
Kursort	Universitätsklinikum Regensburg, Großer Hörsaal Klinikum (1. OG) 93053 Regensburg, Franz-Josef-Strauß-Allee 11
Kursgebühr	50,00 €

Veranstalter

⇨⇨⇨ **Bitte wenden** ⇨⇨⇨

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz
Albertstraße 8
93047 Regensburg
Tel. 0941/59204-0
info@zbv-opf.de
www.zbv-opf.de

Stand: Oktober 2026

Anmeldung

Zahnärztlicher Bezirksverband
OBERPFALZ
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Absender

.....

.....

.....

Verbindliche Anmeldung an:

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz
Albertstraße 8
93047 Regensburg

Hiermit melde/n ich/wir folgende Person/en zum Kurs **„Crashkurs zur GAP Teil 1!"** am **06.03.2027** an:

Name Kursteilnehmer/in	**E-Mail-Adresse Kursteilnehmer/in**
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Die Kursgebühr/en in Höhe von .....€ soll/en von folgendem Konto per Lastschrift eingezogen werden:

Gläubiger-Identifikationsnummer DE65ZZZ00000339657
SEPA-Einzellastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz, **einmalig eine Zahlung** von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN: D E - __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __

Ein Rücktritt ist bis zu 2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn möglich (20,00 € Bearbeitungsgebühr). Bei späterer Absage ist eine Rückerstattung der Gebühr ausgeschlossen. Der Einzug durch die Bank erfolgt innerhalb 2 Wochen nach der Veranstaltung. Die Mandatsreferenznummer erhalten Sie mit der Anmeldebestätigung (Pre-Notification). Ich bin damit einverstanden, dass der Zahnärztliche Bezirksverband Oberpfalz meine Daten zur Anmeldung und Durchführung des Kurses speichert. Die Weitergabe der Daten erfolgt nicht. Nach Ablauf der gesetzlichen Speicherfristen werden die Daten gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift f. **Kursanmeldung**

Unterschrift d. Kontoinhabers bzw. Bevollmächtigten f. **SEPA-Lastschriftmandat**