

„Fit für die Abschlussprüfung!“

In den letzten Jahren hat der ZBV Oberpfalz immer einen Crashkurs Abrechnung 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 3. Lehrjahr wäre, sich auf die Prüfung und das künftige Berufsleben besser vorzubereiten. Die Termine sind bewusst auf Samstagvormittag 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.

Teil 1:

Kons./chir./Implantologie Abrechnung BEMA und GOZ mit praktischen Übungen (Erfassungsschein, Privatliquidation) und Fragestunde

Teil 2:

Festzuschüsse, ZE Abrechnung BEMA und GOZ mit praktischen Übungen (HKP) und Fragestunde; Einführung in die Praktische Prüfung

| | |
|---------------|--|
| Thema | „Fit für die Abschlussprüfung!“ Wiederholung BEMA/GOZ-Positionen, HKP + Festzuschüsse; Einführung in die Praktische Prüfung |
| Termin | Samstag, 27.04.2024, 09.00 – 14.00 Uhr und Samstag, 04.05.2024, 09.00 – 14.00 Uhr |
| Referentinnen | Dr. Elke Umhöfer-Weigert, Referentin für Zahnärztliches Personal und Prüfungsausschuss- vorsitzende Christine Pemsel (ZMF, ZMV), Fachlehrerin an der Berufsschule Amberg |
| Kursort | Zahn-, Mund- und Kieferklinik Regensburg, großer Hörsaal 93053 Regensburg, Franz-Josef-Strauß-Allee 11 |
| Kursgebühr | 40,00 € (für beide Teile incl. Skript) |

Veranstalter

**Zahnärztlicher Bezirksverband
Oberpfalz**

Albertstraße 8
93047 Regensburg
Tel. 0941/59204-0
Fax: 0941/59204-70

info@zbv-opf.de
www.zbv-opf.de

Anmeldung



Absender

Verbindliche Anmeldung an:

Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz
Albertstraße 8
93047 Regensburg

.....
.....
.....

Hiermit melde/n ich/wir folgende Person/en zum Kurs „Fit für die Abschlussprüfung!“ 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: DE - ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

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**