

Erklärung an die Zahnärztekammer Hamburg über die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen

Zahnärztekammer Hamburg
Zahnärztliche Fortbildung
Mail: simone.wegemann@zaek-hh.de

Name des Veranstalters/ Fortbildungsanbieter
Adresse
Kontaktperson mit Email und Telefonnummer
Titel/Thema der Veranstaltung
Beschreibung der Veranstaltung - mit Lernerfolgskontrolle? - mit prakt. Arbeiten?
Name/Titel des/der Referenten
Name/Titel des fachlich Verantwortlichen
Veranstaltungsort
Veranstaltungstermin, Datum und Uhrzeit
Veranstaltungsdauer in Stunden
Zahl der Fortbildungspunkte, die vom Veranstalter auf der Grundlage der Punktebewertung von BZÄK und DGZMK vergeben werden:

Hiermit erkläre ich, dass die Veranstaltung/der Kurs nach den Leitsätzen und der Punktebewertung von BZÄK und DGZMK stattfindet und dies auch in den Ankündigungen und Teilnehmerbescheinigungen ausgewiesen wird.

Datum

Unterschrift/Stempel