Erklärung an die Zahnärztekammer Hamburg über die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen

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

Zahnärztekammer Hamburg

Bitte digital oder in Blockbuchstaben ausfüllen und dieser Erklärung die Kursausschreibung oder das Programm der Fortbildung beifügen, gerne auch als Link (wenn vorhanden).

Name des Veranstalters / Fortbildungsanbieter
Adresse
Kontaktperson mit Email und Telefonnummer
Titel/Thema der Veranstaltung
Beschreibung der Veranstaltung Anteil fachlicher Vortrag in Stunden: Anteil Produktschulung /Produktanwendung in Stunden: mit Lernerfolgskontrolle: ja ☐ nein ☐ mit prakt. Arbeiten: ja ☐ nein ☐
Name/Titel des Referierenden, Unternehmen, Praxis
Name/Titel des fachlich Verantwortlichen Bei fachlichen zahnärztlichen Fortbildungsveranstaltungen sollte grundsätzlich ein Zahnarzt als fachlich Verantwortlicher bestellt sein.
Veranstaltungsort mit vollständiger Adresse
Veranstaltungstermin Datum: Von – bis: Veranstaltungsdauer in Stunden:
Zahl der Fortbildungspunkte, die vom Veranstalter auf der Grundlage der Punktebewertung von BZÄK und DGZMK vergeben werden:

Für die Kenntnisnahme müssen alle Felder vollständig ausgefüllt sein.
Eine nachträgliche Punktevergabe ist nicht möglich.

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