

Erklärung (Information an die Zahnärztekammer

über die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen)

Zahnärztekammer Sachsen

Schützenhöhe 11

01099 Dresden **Fax: 0351 8066-106  
 E-Mail: fortbildung@lzk-sachsen.de**

Name des Anbieters / Veranstalters: .............................................................................

Adresse: .......................................................................................................................................

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

Name / Titel des/der Referenten: ..................................................................................

Titel / Thema der Veranstaltung.................................................................................................................

Veranstaltungsdauer in Stunden: .....................

Veranstaltungsort: .........................................................................................................

Veranstaltungstermin: .....................................

Zahl der Fortbildungspunkte, die vom Veranstalter auf der Grundlage der Punktebewertung von BZÄK/DGZMK vergeben werden: ..................

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Datum) (Unterschrift)