

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)