

eazf Tipp

Niederbayerischer Zahnärztetag an der Donau für Zahnärzte und Praxispersonal



Termine und Veranstaltungsorte:

Freitag, 10. Mai 2019, 9.00 – 17.00 Uhr,
Hotel Asam Straubing (Praxispersonal)
Samstag, 11. Mai 2019, 9.00 – 17.00 Uhr,
Stadthalle Deggendorf (Zahnärzte)

Kongressgebühr:

260 Euro (Zahnärzte)
160 Euro (Praxispersonal)

Kursnummer:

19300 (Zahnärzte)
19300-2 (Praxispersonal)

Fortbildungspunkte: 8



Bereits zum sechsten Mal in Folge findet der Niederbayerische Zahnärztetag an der Donau als Frühjahrskongress statt. Er hat sich inzwischen fest im bayerischen Fortbildungskalender für Zahnärzte und Praxispersonal etabliert.

Für die inhaltliche Gestaltung des Kongresses am 11. Mai in Deggendorf ist der ZBV Niederbayern verantwortlich, die organisatorische Abwicklung erfolgt über die eazf. Der Kongress für das zahnärztliche Personal findet getrennt am 10. Mai in Straubing statt.

Auch in diesem Jahr präsentieren hochkarätige Referenten äußerst interessante Themen. Im zahnärztlichen Programm referieren Prof. Dr. Karin C. Huth, Prof. Dr. Erich Wühr, Priv.-Doz. Dr. Jan-Frederik Güth sowie

Dr. Peter Randelzhofer über aktuelle zahnmedizinische sowie wissenschaftlich fundierte Themen.

Für das Praxispersonal konnten Irmgard Marischler, Sabrina Dogan, Irene Bohmann und Hans J. Schmid sowie Moritz Küffner als Referenten gewonnen werden.

Im Anschluss an den Kongresstag haben Zahnärztinnen und Zahnärzte die Möglichkeit, an der Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz teilzunehmen. Voraussetzung ist die Teilnahme am Gesamtprogramm für Zahnärzte. Das Studium des Röntgenskripts der BLZK im Vorfeld und die erfolgreiche Beantwortung des Prüfungsbogens sind zur Aktualisierung erforderlich. Referent ist Dr. Michael Rottner aus Regensburg.

Kursanmeldung: Telefon: 089 230211-422, **Fax: 089 230211-406**, E-Mail: info@eazf.de, www.eazf.de

Anmeldung

Hiermit melde ich mich/melden wir uns verbindlich zum **Niederbayerischen Zahnärztetag an der Donau** an:

Zahnarzt/Zahnärztin Praxispersonal

Name/Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Telefax: _____ E-Mail: _____

Praxisanschrift Privatanschrift

Die Geschäftsbedingungen der eazf GmbH (im Programmheft abgedruckt oder über www.eazf.de einsehbar) sind mir/uns bekannt, mit ihrer Geltung bin ich/sind wir einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift/Praxisstempel: _____