



## eazf Tipp

# Niederbayerischer Zahnärztetag an der Donau

Frühjahrskongress für Zahnärzte und Praxispersonal

Samstag, 17. März 2018, 9.00–17.00 Uhr

Veranstaltungsort: Stadthalle Deggendorf

Kongressgebühr: 260 Euro (ZÄ), 160 Euro (Praxispersonal)

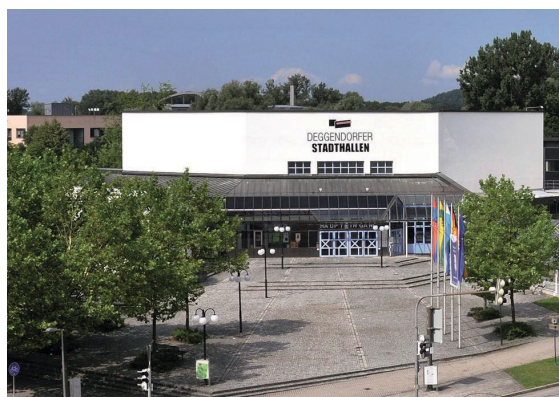
Kursnummer: 18300

Fortbildungspunkte: 8

Der Niederbayerische Zahnärztetag an der Donau ist eine Veranstaltung des Zahnärztlichen Bezirksverbands Niederbayern. Für die inhaltliche Gestaltung des Kongresses ist der ZBV Niederbayern verantwortlich, die organisatorische Abwicklung erfolgt über die eazf. Der Veranstaltungsort Deggendorf ist mit seiner zentrale Lage, der guten Autobahnbindung sowie der optimalen Parkplatzsituation ein Garant für einen reibungslosen Kongresstag.

Auch in diesem Jahr präsentiert der ZBV Niederbayern hochkarätige Referenten mit äußerst interessanten Themen. Im zahnärztlichen Programm referieren Dr. Julia Kunze, Dr. Ralf Schlichting, Prof. Dr. Michael Stimmelmayer und Dr. Bijan Vahedi über hochmoderne zahnmedizinische sowie wissenschaftlich fundierte Themen. Für das Praxispersonal konnten Moritz Küffner, Sabrina Dogan, Irmgard Marischler und Ulrike Schröpfer als Referenten gewonnen werden.

Im Anschluss an den Kongresstag haben Zahnärztinnen und Zahnärzte die Möglichkeit, an der Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz teilzunehmen. Das Programm des Niederbayerischen Zahnärztetages ist von der BLZK als ge-



eignet anerkannt worden, um die Fachkunde für Zahnärzte gemäß Röntgenverordnung (RöV) zu aktualisieren. Voraussetzung ist die Teilnahme am Gesamtprogramm für Zahnärzte. Das Studium des Röntgenskripts der BLZK und die erfolgreiche Beantwortung des Prüfungsbogens sind zur Aktualisierung erforderlich. Referent ist Dr. Michael Rottner.

Kursanmeldung: Telefon: 089 72480-192, **Fax: 089 72480-188**, 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](http://www.eazf.de) einsehbar) sind mir/uns bekannt, mit ihrer Geltung bin ich/sind wir einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Praxisstempel: \_\_\_\_\_