

Erklärung
(Information an die Landeszahnärztekammer Brandenburg
über die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen)

Landeszahnärztekammer Brandenburg
Referat Fortbildung
Postfach 10 07 22
03007 Cottbus

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 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)