

Zahnärztlicher Bezirksverband Niederbayern

Körperschaft des Öffentlichen Rechts

Zahnärztlicher Bezirksverband Niederbayern, Am Essigberg 14, 94315 Straubing

Herrn Zahnarzt
Dr.med.dent. Ralf Peiler
Sollacher Straße 5
94336 Hunderdorf



Mitarbeiterinnen ZBV Ndb.
Telefon: 09421-56 86 88-0
info@zbv-niederbayern.de
11.02.2010

Co-Operation zwischen überweisendem/r Zahnarzt/Zahnärztin und dem Chirurgen (MKG-Chirurg, Oralchirurg) in der Implantologie

Wie funktioniert eine optimale Zusammenarbeit?
Welche gegenseitigen Informationen sind nötig?
Haftungsrechtliche Aspekte

Fortbildung für Zahnärztinnen/Zahnärzte

- Termine: **Mittwoch, 17. März 2010, 15.30 Uhr – 19.00 Uhr**
oder
Samstag, 20. März 2010, 09.00 Uhr – 12.30 Uhr
- Veranstaltungsort: Praxis Prof. Dammer/Dr. Grundl
Der Turm-Bahnhofplatz 1a, 94315 Straubing
(gebührenpflichtige Parkmöglichkeit im Innenhof)
- Referent: Prof. Dr. Dr. Ralf Dammer
Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/Plastische Operationen
- Teilnahmegebühr: 80,00 € (incl. Pausengetränke)

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt auf 24 Personen pro Termin!
Die Anmeldung erfolgt nach Datumseingang.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

gez. ZA Walter Wanninger
Referent Fortbildung

Dr. Peter Maier
1. Vorsitzender
ZBV Niederbayern



Verbindliche Anmeldung

Co-Operation zwischen überweisendem/r Zahnarzt/Zahnärztin und dem Chirurgen (MKG-Chirurg, Oralchirurg) in der Implantologie

Wie funktioniert eine optimale Zusammenarbeit?
Welche gegenseitigen Informationen sind nötig?
Haftungsrechtliche Aspekte

Fortbildung für Zahnärztinnen/Zahnärzte

- Termine: **Mittwoch, 17. März 2010, 15.30 Uhr – 19.00 Uhr**
oder
 Samstag, 20. März 2010, 09.00 Uhr – 12.30 Uhr

Veranstaltungsort: Praxis Prof. Dammer/Dr. Grundl
Der Turm-Bahnhofplatz 1a, 94315 Straubing
(gebührenpflichtige Parkmöglichkeit im Innenhof)

Referent: Prof. Dr. Dr. Ralf Dammer
Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Plastische Operationen

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt auf 24 Personen pro Termin!
Die Anmeldung erfolgt nach Datumseingang.

.....
Name Zahnärztin/Zahnarzt

.....
Name Zahnärztin/Zahnarzt

.....
Ort, Datum

.....
Praxisstempel / Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den ZBV Niederbayern widerruflich, die Teilnahmegebühr für vorgenannte Veranstaltung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Nummer

bei

BLZ

.....
Ort, Datum

.....
Praxisstempel/Unterschrift des Kontoinhabers