

## **Erklärung (Information an die Zahnärztekammer über die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen)**

An die  
Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz  
Frau E. Werum  
Langenbeckstr. 2  
55131 Mainz

Tel.: 06131- 9613670  
Fax: 06131- 9613689

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