

Röntgenaktualisierungen 2021

Bitte kreuzen Sie den gewünschten Kurs an.

Für Verpflegung in den Pausen ist gesorgt.

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz § 48 StrlSchV

ZÄ/ZA

für Zahnärztinnen und Zahnärzte (Wechselndes Referententeam: Dr. Veronika Hannak • Berlin, OÄ Dr. Christiane Nobel • Berlin, OA PD Dr. Frank Peter Strietzel • Berlin). Kurszeit: 09:15-15:45 Uhr, Kursgebühr: 95,- €, Punkte: 8+1. **Registrierung ab 08:30 Uhr**

Sa 12.06.2021 KNR 3111.95

Sa 06.11.2021 KNR 3222.0

Sa 28.08.2021 KNR 3111.96

Sa 20.11.2021 KNR 3222.1

Sa 18.09.2021 KNR 3111.97

Sa 04.12.2021 KNR 3222.2

Sa 02.10.2021 KNR 3111.98

Sa 30.10.2021 KNR 3111.99

Anmeldeformular Fax 030 4148967 | E-Mail: info@pfaff-berlin.de | Beratung unter 030 414725-0

PFAFF BERLIN

Datenschutz-Information: Das Philipp-Pfaff-Institut verarbeitet Ihre Daten zur Durchführung von Fortbildungen und zur Information über unsere Angebote gemäß Art. 6 Abs. 1a, b DSGVO. Ohne Ihre Angaben können wir Anmeldungen nicht bearbeiten. Wir geben Ihre Daten nicht an Dritte weiter, außer wir sind gesetzlich dazu verpflichtet oder es liegt Ihre Einwilligung vor. Sofern der Zweck erfüllt ist und keine Aufbewahrungspflichten bestehen, löschen wir die Daten. Sie sind berechtigt, Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten Daten sowie die Berichtigung, die Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und die Datenübertragbarkeit zu beantragen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie: datenschutzbeauftragter@pfaff-berlin.de. Sie haben ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzbehörde. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ja, mit Angabe meiner E-Mail-Adresse willige ich in die Kommunikation per Mail ein.

Ja, ich willige ein, dass meine oben angegebenen personenbezogenen Daten zur Information über Kurse und Seminare des Philipp-Pfaff-Instituts genutzt werden.

Ja, ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin und melde mich hiermit verbindlich für den/die oben angeführten Kurse an.

Titel | Name | ggf. Geburtsname * | Vorname des Teilnehmers

* falls bereits ein Kurs unter diesem Namen gebucht wurde

Meine Kontaktdaten sind

Privat

Praxis

Telefon | Fax

E-Mail (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum



DIN EN ISO 9001
REG.-NR. 01 0410015

Adresse (ggf. inklusive Praxisname)

Ort | Datum | Unterschrift