

Zahnärztinnen heute und morgen

am Mittwoch, den 06. Juni 2018
Rhonestraße 4 • 60528 Frankfurt



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

zum 3. Zahnärztinnentag der Landes Zahnärztekammer Hessen lade ich Sie herzlich am 6. Juni 2018 in Frankfurt ein. Die große Nachfrage auf die beiden vergangenen Veranstaltungen hat uns zu dieser Fortsetzung bestärkt.

Viele Themen beschäftigen, manchmal auch behelligen uns in der täglichen Berufsausübung in den unterschiedlichsten Bereichen. Entsprechend haben wir für den kommenden Zahnärztinnentag 2018 aktuelle zahnmedizinische und fachübergreifende Themen für Sie ausgewählt.

Schon heute wünsche ich Ihnen einen erfolgreichen und interessanten Kongressverlauf.

Ich freue mich auf ein Wiedersehen in Frankfurt zum 3. Zahnärztinnentag!

Ihre

Dr. Doris Seiz

Programm

| | |
|-------------------|--|
| 09:00 – 09:15 Uhr | Begrüßung Dr. Michael Frank, Dr. Doris Seiz |
| 09:15 – 10:00 Uhr | Haut- und Schleimhautveränderungen – alles im Blick! Dr. Dr. Nicole Chambron |
| 10:00 – 10:30 Uhr | Kaffeepause |
| 10:30 – 11:30 Uhr | Für den Ernstfall vorgesorgt? RA Angelika Habermehl |
| 11:30 – 12:15 Uhr | Strategien für einen entspannten Praxisalltag Stefanie Kurzschinkel |
| 12:15 – 13:15 Uhr | Mittagspause |
| 13:15 – 14:00 Uhr | Zahnfarbene Restaurationen: Was? Wann? Wie? Prof. Dr. Roland Frankenberger |
| 14:00 – 14:45 Uhr | Zeit für das Wesentliche: Gesetzliche Vorgaben effizient umsetzen Silke Lehmann-Binder |
| 14:45 – 15:15 Uhr | Kaffeepause |
| 15:15 – 16:15 Uhr | Update Kinderzahnheilkunde OÄ Dr. Maria Giraki |



Anmeldung Zahnärztinnen heute und morgen



Bitte in Druckbuchstaben ausgefüllt und per Fax an 069 427275-194

Mittwoch, den 6. Juni 2018

Tagesgebühr € 99,- (inkl. 19% MwSt. sowie Snacks und Getränke)

Ansprechpartnerin: Carina Schalk, Tel.: 069 427-275-192, E-Mail: schalk@fzh.de



Kursteilnehmer/in

Name Vorname

Geburtsname Geburtsdatum

Geburtsort E-Mail

Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

Telefon Mobil

Praxis

Name Telefon Fax

Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

Die Zahlung der Gebühr erfolgt durch

Überweisung auf das Konto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG,
IBAN DE53 3006 0601 0004 2633 24 BIC DAAEDED

Überweisung durch Teilnehmer/in Arbeitgeber/in

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55FZH00000556826; Mandatsreferenz: wird auf der Rechnung mitgeteilt

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die FAZH GmbH widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die FAZH GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der FAZH GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut Name BIC: _ _ _ _ _ | _ _ _

IBAN: DE _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ Kontoinhaber

Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Es erfolgt eine Eingangsbestätigung dieser Anmeldung per E-Mail oder Fax.

Die Kursbestätigung / Rechnung erhalten Sie ca. 2 Wochen vor Kursbeginn.

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der FAZH GmbH.