

(E-Mail-)Anmeldung

für den 39. Oberpfälzer Zahnärztetag 2026
vom 25. bis 27.06.2026

Tagungsort: Universitätsklinikum Regensburg,
großer Hörsaal Klinikum

Anmeldung an: Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz
Albertstraße 8, 93047 Regensburg
E-Mail: info@zbv-opf.de

Absender:



Tagungsgebühren für	Gesamtprogramm 26./27.06.2026	Freitag, 26.06.2026	Samstag, 27.06.2026	After-Congress-Party 26.06.2026
Zahnärzte/innen und Zahntechniker/innen	299,- € / 249,- €*	179,- €	149,- €	25,- €
Studenten	70,- €	40,- €	40,- €	25,- €

Name/n: _____

***Sonderpreis** für Teilnehmer bei Reservierung bis **31.05.2026** (Datum des Poststempels). Danach gelten die üblichen Tagungsgebühren.

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz

50,- € Name/n: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Ich besitze die deutsche Fachkunde im Strahlenschutz

(Bitte ankreuzen) ☐ Ja ☐ Nein

Ich wünsche die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärzte und bitte um Zusendung des Skripts. Den ausgefüllten Prüfbogen bringe ich zur Tagung mit. Für die Aktualisierung ist meine Teilnahme an beiden Tagen (Freitag und Samstag) zwingend erforderlich.

Anmeldeschluss: 14 Tage vor Veranstaltungsbeginn

Programm für das Zahnmedizinische Personal

	ZAH/ZFA	jede/r weitere ZAH/ZFA
Freitag, 26.06.2026	100,- € / 70,- €*	45,- € / 40,- €*
After-Congress-Party, Freitag, 26.06.2026	25,- €	25,- €

Name/n: _____

After-Congress-Party am Freitag, 26.06.2025

Tagungsteilnehmer á 25,- € _____ Personen
Nicht-Tagungsteilnehmer á 40,- € _____ Personen

Programm für Zahntechniker

Für die Anmeldung der Zahntechniker wenden Sie sich bitte direkt an den Förderverein Fachgruppe Zahntechnik e. V.

Herrn Alexander Schade, Böhmerwaldstraße 17, 93128 Regensburg,
Tel.: 091 29/4 03 06 64, Mobil: 0160/90 63 21 35

Ein Rücktritt ist bis zu zwei Wochen vor Veranstaltungsbeginn möglich (20,- € Bearbeitungsgebühr). Bei späterer Absage ist eine Rückerstattung der Tagungsgebühr ausgeschlossen, eine Ersatzperson kann jedoch benannt werden. Der Einzug durch die Bank erfolgt innerhalb zwei Wochen nach der Veranstaltung. Die Mandatsreferenznummer erhalten Sie mit der Anmeldebestätigung (Pre-Notification). Ich bin damit einverstanden, dass der Zahnärztliche Bezirksverband Oberpfalz meine Daten zur Anmeldung und Durchführung des Kurses speichert. Die Weitergabe der Daten erfolgt nicht. Nach Ablauf der gesetzlichen Speicherfristen werden die Daten gelöscht.

Lastschriftverfahren

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE65ZZ00000339657 SEPA-Einzellastschriftmandat
Ich ermächtige den ZBV Oberpfalz, einmalig eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ZBV Oberpfalz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Gesamtbetrag von _____ €
soll von folgendem Konto per Lastschrift eingezogen werden:

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

E-Mail: _____

Bitte Absender nicht vergessen!

Ort/Datum

Unterschrift für **Anmeldung**

Unterschrift d. Kto-Inhabers bzw. Bevollmächtigten
für **SEPA-Lastschriftmandat**