

HYGIENEKURSE

Update Hygiene H1 - Theoretische Grundlagen

Zielgruppe: Zahnärzte/innen und Zahnmedizinische Mitarbeiter/innen

9

-  ZFZ Stuttgart
-  Andrea Krämer,
Dr. Ali-Reza Ketabi
-  Mittwoch, 12.02.2020
Kursnr. 20901
-  Mittwoch, 06.05.2020
Kursnr. 20904
-  Mittwoch, 23.09.2020
Kursnr. 20907
-  11./12.03.2020
Kursnr. 20930
-  09:00–17:00 Uhr
-  180,00 Euro
-  0711 22 716-55
kurs@z fz-stuttgart.de

Update Hygiene H2 - Aufbereitung von semikritischen Medizinprodukten

Zielgruppe: Zahnärzte/innen und Zahnmedizinische Mitarbeiter/innen

9

-  ZFZ Stuttgart
-  Andrea Krämer,
Dr. Ali-Reza Ketabi
-  Mittwoch, 04.03.2020
Kursnr. 20902
-  Mittwoch, 17.06.2020
Kursnr. 20905
-  Mittwoch, 14.10.2020
Kursnr. 20908
-  15./16.07.2020
Kursnr. 20931
-  09:00–17:00 Uhr
-  180,00 Euro
-  0711 22 716-55
kurs@z fz-stuttgart.de

Update Hygiene H3 - Aufbereitung von semi/ kritischen Medizinprodukten

Zielgruppe: Zahnärzte/innen und Zahnmedizinische Mitarbeiter/innen

9

-  ZFZ Stuttgart
-  Andrea Krämer,
Dr. Ali-Reza Ketabi
-  Mittwoch, 25.03.2020
Kursnr. 20903
-  Mittwoch, 22.07.2020
Kursnr. 20906
-  Mittwoch, 04.11.2020
Kursnr. 20909
-  21./22.10.2020
Kursnr. 20932
-  09:00–17:00 Uhr
-  180,00 Euro
-  0711 22 716-55
kurs@z fz-stuttgart.de

Kursanmeldeformular

Einfach per Fax an 0711 22 71 641 oder per E-Mail an kurs@zfz-stuttgart.de

Hiermit melde ich in Kenntnis der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (s. Seite 69) folgende Personen verbindlich zur Kursteilnahme an.

Kursteilnehmer 1:

--	--	--	--	--

Kursnr.

Kursbezeichnung

Vorname, Name	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
---------------	--

Berufsbezeichnung (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt <input type="checkbox"/> Assistent/in <input type="checkbox"/> ZFA/ZAH
--

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Kursteilnehmer 2:

--	--	--	--	--

Kursnr.

Kursbezeichnung

Vorname, Name	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
---------------	--

Berufsbezeichnung (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt <input type="checkbox"/> Assistent/in <input type="checkbox"/> ZFA/ZAH
--

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Kursteilnehmer 3:

--	--	--	--	--

Kursnr.

Kursbezeichnung

Vorname, Name	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
---------------	--

Berufsbezeichnung (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt <input type="checkbox"/> Assistent/in <input type="checkbox"/> ZFA/ZAH
--

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Rechnungsempfänger: (falls abweichend)

Rechnungsträger

Vorname, Name (Ansprechpartner)	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
---------------------------------	--

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Stempel/Datum/Unterschrift Rechnungsträger
--