

Abrechnungshighlights - Up to date 2021

Ständige Änderungen, Ergänzungen und neue Kommentierungen erfordern eine regelmäßige Aktualisierung Ihrer Abrechnungskennnisse.

Nur ein regelmäßiges Update in Sachen Abrechnung und Verwaltung kann vor Honorarverlusten schützen.

Kursschwerpunkte

- Neues aus der GOZ
- Aktuelles aus dem Bereich Kassenabrechnung
- Aktuelle Rechtsprechung
- Außervertragliche Leistungen
- Verwaltung und Marketing
- Viele Beispiele

Abrechnungseminar mit Manuela Graf, ZAB zahnärztliche Abrechnung & Beratung
Freiberuflich im Abrechnungsservice für Zahnarztpraxen, Dozentin für Abrechnungs- und Organisationsseminare

Donnerstag, 17. Juni 2021 (Ulm)
09.00 - 16.30 Uhr

Zielgruppe:
Zahnärzte, Zahnmedizinische Fachangestellte
(w/m/d)

Fortbildungspunkte 8*

245,00 € zzgl. gesetzl. MwSt. für die erste Person
und 210,00 € zzgl. gesetzl. MwSt. für jede weitere
Person einer Praxis, inkl. Imbiss

Jetzt anmelden

Abrechnungshighlights - Up to date 2021

Veranstaltungstermin (Seminarnummer: 2999)

Do., 17. Juni 2021 09.00 - 16.30 Uhr Ulm

245,00 € zzgl. gesetzl. MwSt. für die erste Person und 210,00 € zzgl. gesetzl. MwSt. für jede weitere Person einer Praxis, inkl. Imbiss

Ich melde mich verbindlich für oben angegebene Veranstaltung an und nehme mit Person(en) teil.

Veranstaltungsort

NWD
Einsteinstr. 55
89077 Ulm

Ansprechpartner

Nicole Werder, Veranstaltungsorganisation NWD
nicole.werder@nwd.de
Tel.: +49 (0) 731 / 140409-20, Mobil: +49 (0) 162 / 279-8604, Fax: +49 (0) 251 / 7607-205

Teilnehmer

Bitte ankreuzen:

ZA = Zahnarzt, AZ = Assistenz Zahnarzt, ZFA = Zahnmedizinische Fachangestellte, ZT = Zahntechniker (w/m/d)

	ZA	AZ	ZFA	ZT		ZA	AZ	ZFA	ZT
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Name/Vorname					2. Name/Vorname				
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Name/Vorname					4. Name/Vorname				

Rechnungsanschrift

_____	_____
Praxis/Labor	Unterschrift/Stempel
_____	_____
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
_____	_____
Tel./Fax	Praxis-/Labor-E-Mail

Ich willige ein, zukünftig Informationen zu Veranstaltungen und Angeboten von NWD per E-Mail zu erhalten.
Ihr Einverständnis können Sie jederzeit unter datenschutz@nwd.de widerrufen.

Mit Ihrer Anmeldung erklären Sie Ihr Einverständnis, dass wir Ihre Daten evtl. Kooperationspartnern zur Einsicht vorlegen dürfen (z.B. der Zahnärztekammer zur Vergabe von Fortbildungspunkten). Ihr Einverständnis können Sie jederzeit unter akademie@nwd.de widerrufen.