GATE
Berlin-Brandenburg
Gastroenterologie **A**usbildung – **T**raining **E**ndoskopie
http://www.gate-berlin-brandenburg.de/
FAX: 030/30354359 **Handy: 017651596078** **E-Mail: k.scheiner-gate-berlin-brandenburg@web.de**
DRK-Kliniken Berlin Westend
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

Verbindliche Anmeldung

□ **ERCP Grundkurs** (€ 550,-) **25.09. – 26.09.2020**

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für den oben angekreuzten Kurs an.
Bitte unbedingt in **Druckbuchstaben leserlich** ausfüllen!

Anrede/Titel: Vorname: Nachname:

Klinik: Abteilung:

Straße

PLZ Ort:

eventuell private Anschrift:

Telefon /Fax E-Mail bitte unbedingt leserlich angeben

Mein Erfahrungsstand

□ bisher keine praktische Erfahrung

□ bisher habe ich ca ERCP-Untersuchungen selbstständig durchgeführt

Bankverbindung:
APO-Bank
Förderverein Berlin Brandenburg
IBAN DE74 3006 0601 0008 3243 36
BIC DAAE DE DD
Verwendungszweck: GATE 2020
Bitte 4 Wochen vor Beginn des Kurses überweisen, sonst verfällt die Anmeldung

ich habe die Teilnahmebedingungen (Seite 2) zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden

Datum **Unterschrift** / Stempel