



Berlin-Brandenburg

Gastroenterologie Ausbildung – Training Endoskopie

<http://www.gate-berlin-brandenburg.de/>

**FAX:** 030/30354359    **Handy:** 017651596078    **E-Mail:** [k.scheiner-gate-berlin-brandenburg@web.de](mailto:k.scheiner-gate-berlin-brandenburg@web.de)

DRK-Kliniken Berlin Westend  
Spandauer Damm 130  
14050 Berlin

## Verbindliche Anmeldung

- Endo Sonographie Grundkurs** (€ 600,-)                      **23. - 24.04.2020**  
 **Endo Sonographie Aufbaukurs** (€ 600,-)                      **24. - 25.04.2020**

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für den oben angekreuzten Kurs an. (Die Kurse bauen aufeinander auf)  
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.    Endo Sonographien 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 \_\_\_\_\_

Seite 1 von 2