



Berlin-Brandenburg

Gastroenterologie Ausbildung – Training Endoskopie

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

FAX: 030/3264 1300 **Handy:** 0176 51596078 **E-Mail:** k.scheiner-gate-berlin-brandenburg@web.de

Schlosspark-Klinik
Heubnerweg 2
14059 Berlin

Verbindliche Anmeldung

Gastro-und Koloskopie Grundkurs (€ 600)

03. - 04.09.2021

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

Anrede/Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Klinik: _____ Abteilung: _____

Straße _____

PLZ _____ Ort: _____

eventuell private Anschrift: _____

Telefon /Fax _____ E-Mail **bitte unbedingt angeben** _____

Mein Erfahrungsstand

- bisher keine praktische Erfahrung mit Gastroskopien Koloskopien
 < 100 Gastroskopien < 100 Koloskopien
 > 100 Gastroskopien > 100 Koloskopien

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 die Teilnehmergebühr überweisen, sonst verfällt die Anmeldung

Ich habe die Teilnahmebedingungen zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden!

Datum _____

Unterschrift / Stempel _____