



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

ERCP Grundkurs (€ 600,-) 08.10. – 09.10.2021

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 zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden!

Datum _____

Unterschrift / Stempel _____