



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

- Endo Sonographie Grundkurs** (€ 600,-) **04.11. – 05.11.2021**
 Endo Sonographie Aufbaukurs (€ 600,-) **05.11. – 06.11.2021**

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 zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden!

Datum _____ Unterschrift / Stempel _____