



Berlin-Brandenburg

Gastroenterologie Ausbildung – Training Endoskopie

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

**Tel: +49 30 9628 48592 E-Mail: k.scheiner-gate-berlin-brandenburg@web.de**

Schlosspark-Klinik  
Heubnerweg 2  
14059 Berlin

## Verbindliche Anmeldung

- ERCP-Grundkurs (€ 600,-) **17.10. 2024 – 18.10.2024**  
 ERCP-Aufbaukurs (€ 600,-) **19.10.2024**

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. \_\_\_\_\_ ERCPs selbstständig durchgeführt

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

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift / Stempel \_\_\_\_\_

### Bankverbindung:

**APO-Bank**

**Förderverein Berlin Brandenburg**

**IBAN DE74 3006 0601 0008 3243 36**

**BIC DAAE DE DD**

**Verwendungszweck: GATE 2024**

**Bitte 4 Wochen vor Beginn des Kurses überweisen,  
sonst verfällt die Anmeldung**