Gastroenterologie **A**usbildung – **T**raining **E**ndoskopie
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

Gastroskopie und Koloskopie Grundkurs (€ 1000) 14.03. - 15.03.2025

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

Bankverbindung:
APO-Bank
Förderverein Berlin Brandenburg
IBAN DE74 3006 0601 0008 3243 36
BIC DAAE DE DD
Verwendungszweck: GATE 2024

Mein Erfahrungsstand

bisher keine praktische Erfahrung mit □ **Gastroskopien** □ **Koloskopien**
□ < 100 Gastroskopien □ < 100 Koloskopien
□ > 100 Gastroskopien □ > 100 Koloskopien

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