



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

Gastroskopie Spezialkurs (600€)

21.11.2026

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 ☐ **Gastroskopen** ☐ **Koloskopen**

☐ < 100 Gastroskopen ☐ < 100 Koloskopen

☐ > 100 Gastroskopen ☐ > 100 Koloskopen

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 _____