



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,-)
☐ ERCP-Aufbaukurs (€ 600,-)

08.10.2026 – 09.10.2026
10.10.2026

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

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

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

Datum Unterschrift / Stempel