



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

- ☐ Endosonographie Grundkurs (€ 600,-) 04.06. – 05.06.2026
☐ Endosonographie Aufbaukurs (€ 600,-) 05.06. – 06.06.2026

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. Endosonografien 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