

Veranstalter: Charité Healthcare Services GmbH, Bundesallee 39-40a, 10717 Berlin

Ansprechpartner/in: Christine Thol

Telefon: +49 (0) 30 450 578 206 - E-Mail: fortbildung-chs@charite.de

Anmeldeformular per Fax an: +49 (0) 30-450 7 578 009

BITTE LESERLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN. VIELEN DANK!

Frau / Herr

ggf. Titel, Vorname und Name

E-Mail-Adresse

Privatanschrift:

Straße und Hausnummer

PLZ

Stadt

Telefon

Klinikum

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für folgenden Kurs an:

„Berliner Regionalanästhesie INTensivkurs (BRAIN)“

24. – 25.06.2017

23. – 24.09.2017

14. – 15.10.2017

18. – 19.11.2017

Die Teilnehmergebühr pro Termin beträgt **540,- Euro**; inkl. Kursunterlagen, dem Buch „Ultraschallgestützte Regionalanästhesie“ und Catering.

Gemäß Gefahrenstoffverordnung, weisen wir darauf hin, dass die Anatomiepräparate im Formalin-Bad fixiert sind. Schwangere dürfen an den Kursteilen in der Anatomie nicht teilnehmen.

Bitte beachten Sie, dass Bilder und Videoaufnahmen während des Kurses ausschließlich nur nach vorheriger Anfrage und Genehmigung zulässig sind.

Nach dieser Anmeldung sind Sie, soweit Plätze vorhanden, verbindlich angemeldet. Sie erhalten eine E-Mail als Anmeldebestätigung und 4 Wochen vor Kursbeginn eine Rechnung über die Teilnahmegebühren mit Zahlungsziel von 7 Tagen.

Rechnungsempfänger:

privat

Klinikum bzw. Arbeitgeber; bitte Kostenübernahme mit korrekter Rechnungsadresse beilegen!

Sollte zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung keine entsprechende Kostenübernahme vorliegen, behalten wir uns vor die Rechnung Privat zu stellen.

Stornierung und Kursabmeldung:

Eine Stornierung ist bis 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn kostenfrei möglich. Bei Stornierung in dem Zeitraum von 4 Wochen bis 3 Tage vor Veranstaltungsbeginn berechnen wir eine Stornierungsgebühr in Höhe von 50 % des Veranstaltungspreises. Bei einer Absage innerhalb der drei Tage vor dem Kurs und bei Nichtteilnahme ohne vorherige Absage wird die Teilnehmergebühr im vollen Umfang fällig. Die Berechnung der Stornierungsgebühr erfolgt selbstverständlich nicht, wenn Sie einen Ersatzteilnehmer benennen.

Datum und Unterschrift des Teilnehmers: _____

Die Veranstaltung findet mit freundlicher Unterstützung von Pajunk Medical Produkte GmbH und SonoSite Fujifilm GmbH statt