

Bitte senden Sie das Anmeldeformular per Fax oder E-Mail an:

Fax: +49 (0) 30 450 7 531 229

E-Mail: berliner-simulationstraining@charite.de

Charité - Universitätsmedizin Berlin
Berliner Simulations- und Trainingszentrum (BeST)
Charitéplatz 1, 10117 Berlin

Ansprechpartner: Christine Thol
Telefon: +49 (0) 30 450 531 229

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)**“

25.03.-26.03.2023 17.06.-18.06.2023 07.10.-08.10.2023 18.11.-19.11.2023

Die Teilnehmergebühr pro Termin beträgt **595,- 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 14 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 6 Wochen vor Veranstaltungsbeginn kostenfrei möglich. Bei Stornierung in dem Zeitraum von 6 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.

Hiermit akzeptiere ich die *Erklärung zum Datenschutz* und ich bin mir bewusst, dass ich über dieses Formular persönliche Daten übersende.

Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Charité – Universitätsmedizin Berlin erweitert durch die des Berliner Simulations- und Trainingszentrums. Beides finden Sie auf unserer Website https://best.charite.de/ueber_best/ergaenzung_der_agb/

Datum und Unterschrift des Teilnehmers: _____