

Anmeldung

Fachkudkurs und Aktualisierungskurs für die Partikeltherapie

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Kursbestandteile an:

- Erwerb** der Fachkunde für Partikeltherapie für Ärzte nach Anlage A 1 Punkt 2.2.5.3 der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin und für Medizinphysikexperten nach Anlage 2 Punkt 1.4 (Kursdauer 3 Tage, 7.-9.-11. 2019)
- Aktualisierung** der Fachkunde in der Partikeltherapie für Ärzte und MPE nach Rundschreiben des BMU RS II 4 — 15174 vom 18. 6. 2015 und der Fachkunde für Ärzte mit Spezialkurs für die Teletherapie nach Anlage A 3 1.3 (Kursdauer 1 Tag, 9.11.2019)
- Aktualisierung** der Fachkunde für MTRA nach Anlage 3, Nr. 3 (Kursdauer 1 Tag, 9.11.2019)

Bitte beachten: Dieser Kurs behandelt ausschließlich die Anwendung der Partikeltherapie, nicht jedoch für die konventionelle Tele- und Brachytherapie:

NICHT erfüllt werden die Anforderungen:

- nach Anlage A3, Punkt 1.5 für Ärzte
- nach Anlage A3, Punkt 2.3 für MPE

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder sorgfältig in Blockschrift aus.

Mit * gekennzeichnete Felder enthalten **Pflichtangaben!**

Name:* _____

Vorname:* _____

Titel: _____

Berufsbezeichnung:* _____

Firmenanschrift:*

Privatanschrift:*

PLZ, Ort:* _____

PLZ, Ort:* _____

Straße, Hausnr.:* _____

Straße, Hausnr.:* _____

Telefon: _____

Geburtsdatum:* _____

Fax: _____

Geburtsort:* _____

E-Mail:* _____

Ich möchte den Kurs als Aktualisierung nach StrSchV anrechnen lassen und nehme daher am Leistungsnachweis (Prüfung) teil:

Ja Nein

Den Teilnahmebetrag habe ich überwiesen, das sind:

Erwerb der Fachkunde (Tag 1-Tag 3):

- Normalpreis: 500 €
- für Mitglieder von DEGRO und DGMP: 400 €
- für Mitarbeiter Strahlentherapie UKD: 200 €

Aktualisierung der Fachkunde (nur Tag 3):

- Normalpreis: 170 €
- für Mitglieder von DEGRO und DGMP: 140 €
- für Mitarbeiter Strahlentherapie UKD: 70 €

Überweisung an:

Kontoinhaber: Carl Gustav Carus Management GmbH
IBAN: DE 71 1203 0000 0011 248 333
BIC: BYLADEM 1001
Verwendungszweck: "Weiterbildung Partikel 7-11-19" (Bitte unbedingt angeben)

Datum: _____ Unterschrift: _____

***Bitte senden an: Fax +49 351 458 7311 oder per Post an ZIK OncoRay,
Medizinische Fakultät, Fetscherstraße 74, PF 41, 01307 Dresden***