

Anmeldung

Aktualisierungskurs für die Partikeltherapie

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Kursbestandteile an:

- ☐ **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
- ☐ **Aktualisierung** der Fachkunde für MTRA nach Anlage 3, Nr. 3

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.

Name: _____ **Vorname:** _____

Titel: _____ **Berufsbezeichnung:** _____

Firmenanschrift: _____ **Rechnungsanschrift:** _____

PLZ, Ort: _____ **PLZ, Ort:** _____

Straße, Hausnr.: _____ **Straße, Hausnr.:** _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

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

- ☐ Ja ☐ Nein

Die Teilnahmegebühr beträgt:

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

Die Teilnahmegebühren beinhalten die gesetzl. MWSt.)

Die Teilnahmegebühr beinhaltet Pausengetränke, Gebäck und Mittagsimbiss.

Im Falle einer Stornierung der Teilnahme werden folgende Gebühren erhoben:
20 % der gezahlten TNGB bei Abmeldung ab 50 Tage vor Veranstaltungsbeginn
50 % der gezahlten TNGB bei Abmeldung ab 20 Tage vor Veranstaltungsbeginn
100 % der gezahlten TNGB bei Abmeldung ab 3 Tage vor Veranstaltungsbeginn

Eine Stornierung vor Beginn der o.g. Fristen oder im Falle einer Absage des Kurses aufgrund von behördlich angeordneten Versammlungsverboten kann selbstverständlich kostenfrei erfolgen.

Die Anmeldung vor Ort ist nicht möglich

Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr nach Erhalt der Rechnung.

Datum: _____

Unterschrift: _____

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

Ihre persönlichen Daten werden gem. Datenschutzgrundverordnung verarbeitet und im Rahmen unserer Veranstaltungsorganisation genutzt. Dieser Nutzung stimmen Sie mit Ihrer Anmeldung zu. Weitere Informationen zum Datenschutz können Sie unter www.carus-management.de/datenschutz und <https://www.oncoray.de/de/datenschutz> einsehen.

Für die vertragliche und finanzielle Abwicklung zeichnet verantwortlich: Veranstalter Carl Gustav Carus Management GmbH Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, www.carus-management.de

**Carl Gustav Carus
Management GmbH**

