

Anmeldung
Zertifizierte Fortbildung Dermatopathologie 2019
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Histologie
Berufsverband der Deutschen Dermatologen

Dermatopathologie Friedrichshafen
Frau Jutta Schröder, Herrn PD Dr. H. Kutzner

Qualitätssicherung 2019

Siemensstraße 6/1

88048 Friedrichshafen

Hiermit melde ich mich zu o.g. Programm an.

Thema: "Dermatopathologisches Potpourri"

(Gruppenanmeldungen bitte auf folgender Seite ausfüllen !)

Ich verpflichte mich, die Präparate pfleglich zu behandeln und **spätestens nach 10 Arbeitstagen** zurückzuschicken.

Zur Verrechnung lege ich einen Scheck über 150,00 € bei.

Diese Gebühr schließt Zertifizierungspunkte der Deutschen Dermatologischen Akademie (DDA) ein.

Meine Mitglieds-Nr. in der DDA lautet: _____

Alternativ ein passender Barcodeaufkleber:

In dieser Zeit (Ferien, Fortbildung etc.) bin ich nicht erreichbar - und bitte daher um entsprechende Berücksichtigung bei der Präparate-Rotation:

Meine Adresse

Titel : _____
Name : _____ **Vorname:** _____
Institut : _____
Abteilung : _____
Straße: : _____
PLZ : _____ **Ort:** _____
Tel : _____ **Fax:** _____
e-mail : _____

Unterschrift / Datum

z.Hd. Frau Jutta Schröder, Dermatopathologie Friedrichshafen, Siemensstraße 6/1, 88048 Friedrichshafen

Tel.: 07541 / 6044-12 Fax.:07541 / 6044-25 **Mo-Fr 8:00-17:00 Uhr** oder 6044-10

e-mail: J.Schroeder@dermpath.de Internet: www.dermpath.de

Gruppenanmeldung zur
Zertifizierten Fortbildung Dermatopathologie 2019

Werden die Präparate der Qualitätssicherung an eine Gruppe verschickt, so ist **ein verantwortlicher Empfänger** zu benennen.

Die Präparate werden nur **an einem Termin** an diesen Empfänger verschickt und es erfolgt nur **eine Rechnung** z.Hd. des Empfängers, bzw. der Praxis.

Kosten: 2 Teilnehmer(innen)= 225,00 €, jede(r) weitere Teilnehmer(in) 75,00 €. Die Ausleihfrist verlängert sich pro Teilnehmer(in) um eine Woche.

1. Verantwortliche(r) Teilnehmer(in):

Meine Mitglieds-Nr. in der DDA lautet: _____

Alternativ ein passender Barcodeaufkleber:

In dieser Zeit (Ferien, Fortbildung etc.) sind wir nicht erreichbar - und bitten daher um entsprechende Berücksichtigung bei der Präparate-Rotation:

Meine Adresse

Titel : _____

Name : _____ **Vorname:** _____

Institut : _____

Abteilung : _____

Straße: : _____

PLZ : _____ **Ort:** _____

Tel : _____ **Fax:** _____

e-mail : _____

Datum / Unterschrift: _____

2. Teilnehmer(in):

Meine Mitglieds-Nr. in der DDA lautet: _____

Alternativ ein passender Barcodeaufkleber:

3. Teilnehmer(in):

Meine Mitglieds-Nr. in der DDA lautet: _____

Alternativ ein passender Barcodeaufkleber:

4. Teilnehmer(in):

Meine Mitglieds-Nr. in der DDA lautet: _____

Alternativ ein passender Barcodeaufkleber:

5. Teilnehmer(in):

Meine Mitglieds-Nr. in der DDA lautet: _____

Alternativ ein passender Barcodeaufkleber:

6. Teilnehmer(in):

Meine Mitglieds-Nr. in der DDA lautet: _____

Alternativ ein passender Barcodeaufkleber:

7. Teilnehmer(in):

Meine Mitglieds-Nr. in der DDA lautet: _____

Alternativ ein passender Barcodeaufkleber:

8. Teilnehmer(in):

Meine Mitglieds-Nr. in der DDA lautet: _____

Alternativ ein passender Barcodeaufkleber:

9. Teilnehmer(in):

Meine Mitglieds-Nr. in der DDA lautet: _____

Alternativ ein passender Barcodeaufkleber:

10. Teilnehmer(in):

Meine Mitglieds-Nr. in der DDA lautet: _____

Alternativ ein passender Barcodeaufkleber:
