

Anmeldung

Anmeldung bitte per Fax an: +49 (5424) 220-444 oder per Post an: Sekretariat der Initiative '93 Technische Orthopädie, RehaKlinikum Bad Rothenfelde, Klinik Münsterland, Frau Heike Schulz, Auf der Stöwwe 11, 49214 Bad Rothenfelde

37. Fort- und Weiterbildungskurs der Initiative '93 Technische Orthopädie

Modul 1 und 2

09.03. – 11.03.2018

Amputationschirurgie, Prothesenversorgung, Schuhtechnik, Kompressionstherapie

RKU - Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm

Oberer Eselsberg 45, 89081 Ulm

Leitung: Dr. med. Rainer Eckhardt

Anmeldung: Heike Schulz, e-mail: heike.schulz@initiative93.de

Tel. +49 (5424) 220-100 / Fax +49 (5424) 220-444

Kursgebühr für Mitglieder in DGOOC/DGOU, BVOU oder

Weiterbildung FÄ/FA für Orthopädie/Unfallchirurgie

300,00 EUR

Kursgebühr Nichtmitglieder und Andere

400,00 EUR

Modul 3 und 4

07.09 – 09.09.2018

Orthetik, Rollstuhlversorgung, Neuroorthopädie, Querschnittläsion

RehaKlinikum Bad Rothenfelde, Klinik Münsterland, Auf der Stöwwe 11, 49214 Bad Rothenfelde

Leitung: Prof. Dr. med. B. Greitemann

Anmeldung: Heike Schulz, e-mail: heike.schulz@initiative93.de

Tel. +49 (5424) 220-100 / Fax +49 (5424) 220-444

Kursgebühr für Mitglieder in DGOOC/DGOU, BVOU oder

Weiterbildung FÄ/FA für Orthopädie/Unfallchirurgie

300,00 EUR

Kursgebühr Nichtmitglieder und Andere

400,00 EUR

Modul 5

23.11. – 24.11.2018

Refresher- und Prüfungskurs in der Bundesfachschiule für Orthopädietechnik, Schliepstraße

6 – 8, 44135 **Dortmund**

Leitung: Prof. Dr. med. Greitemann, Herr Kokegei

Anmeldung: Heike Schulz, e-mail: heike.schulz@initiative93.de

Tel. +49 (5424) 220-100 / Fax +49 (5424) 220-444

Kursgebühr für Mitglieder in DGOOC/DGOU, BVOU oder

Weiterbildung FÄ/FA für Orthopädie/Unfallchirurgie

200,00 EUR

Kursgebühr Nichtmitglieder und Andere

300,00 EUR

Modul 6

13.09.-15.09.2018

Spezielle Amputationschirurgie

Innsbruck/Österreich

Leitung: Dr. med. Landauer

Kontakt und Anmeldung: Frau Monika Brennsteiner, e-mail: monika.brennsteiner@tirolkliniken.at

Tel. +43 (512) 504-22697 / Fax +43 (512) 504-25517

Ich bin Mitglied in:

- DGOOC/DGOU, Mitgliedsnr.: _____ BVOU, Mitgliedsnr.: _____
- Ich befinde mich in Weiterbildung FÄ/FA für Orthopädie/Unfallchirurgie
(bitte Chefarztbescheinigung beilegen oder siehe unten)
- Nichtmitglieder und andere Ärztinnen/Ärzte
- Orthopädietechniker/Orthopädieschuhtechniker

Absender

Rechnungsanschrift

Name/Vorname

Klinik/Institut

Straße, PLZ, Ort

Telefon

Telefax

e-mail

Nach Erhalt der Anmeldebestätigung bitten wir um Anzahlung von 100,00 Euro. Der Restbetrag ist bis spätestens 14 Tage vor Beginn der Veranstaltung fällig. Eine Teilberechnung der Kursgebühr ist nicht möglich.

Muss eine Veranstaltung aus unvorhersehbaren Gründen kurzfristig durch die Initiative 93 Technische Orthopädie abgesagt werden, erfolgt eine sofortige Benachrichtigung. In diesem Fall besteht für die Initiative 93 Technische Orthopädie nur die Verpflichtung zur Rückerstattung der evtl. bereits gezahlten Teilnehmergebühr. In jedem Fall beschränkt sich die Haftung der Initiative 93 Technische Orthopädie lediglich auf die Teilnehmergebühr.

Abmeldungen müssen grundsätzlich schriftlich erfolgen. Stornierungen sind bis spätestens vier Wochen vor Veranstaltungsbeginn kostenlos möglich. Bei Stornierungen, die weniger als vier Wochen vor Veranstaltungsbeginn eingehen, wird eine Bearbeitungsgebühr von 50,00 Euro erhoben. Bei Nichtteilnahme ohne vorherige Abmeldung ist die volle Gebühr zu entrichten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Adresse den Donatoren der Initiative 93 Technische Orthopädie (Firmen Bauerfeind AG, medi und Otto Bock HealthCare) bekannt gegeben wird.

- Ich melde mich verbindlich an und überweise nach Erhalt der Anmeldebestätigung die Anzahlung von 100,00 Euro sowie bis spätestens 14 Tage vor Kursbeginn die restliche Kursgebühr von insgesamt _____ Euro.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. V. Münster, Filiale Osnabrück
IBAN DE05 3006 0601 0102 9113 45,
BIC DAAEDEDXXX
Inh. Prof. Dr. med. B. Greitemann,
Stichwort: 37. Fort- und Weiterbildungskurs TO, Modul _____

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass sich

Frau/Herr _____

in der Weiterbildung zum FA für Orthopädie/Unfallchirurgie befindet.

Ort/Datum

Unterschrift Chefarzt
Stempel