

Veranstalter: Charité Healthcare Services GmbH, Bundesallee 39 – 40a, 10717 Berlin

Ansprechpartner/in: Christine Thol

Telefon: +49 (0) 30 450 578 206 - E-Mail: [fortbildung-chs@charite.de](mailto:fortbildung-chs@charite.de)

Anmeldeformular per Fax an: +49 (0) 30-450 7 578 009

**BITTE LESERLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN. VIELEN DANK!**

Frau /  Herr

---

ggf. Titel, Vorname und Name

E-Mail-Adresse

**Privatanschrift: (erforderlich!)**

---

Straße und Hausnummer

PLZ

Stadt

---

Klinikum, Abteilung, Position

Ich nehme gemeinsam mit \_\_\_\_\_ am Kurs teil.

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für folgenden Kurs im Berliner Simulations- und Trainingszentrum / Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte an:

**Simulationstraining: Schmerz, Agitation und Delirmanagement (PAD)**

**TERMIN 2018:**

16.-17.November 2018

Im Rahmen der Veranstaltung am Freitag nach Kursende ein gemeinsames Abendessen geplant.

Ich nehme am Abendessen am Freitag teil.

Ich nehme nicht teil.

Für eine Reisekostenerstattung und Hotelbuchung ist der Austausch Ihrer o.g. Anmelde Daten zwischen CHS GmbH und Orion Pharma nötig. Orion Pharma benötigt für die Kostenübernahme eine Dienstherrengenehmigung und ist gehalten die damit verbundenen finanziellen Zuwendungen an Angehörige der Fachkreise mindestens in anonymisierter Form offenzulegen.\*

Ich benötige ein Einzelzimmer von jeweils Freitag auf Samstag in Berlin.

\* Ich widerspreche dem Austausch meiner Anmelde Daten zwischen der CHS GmbH und Orion Pharma. Die Kosten für die Reise und Unterbringung sowie (bei Teilnahme) dem Abendessen trage ich selber.

Die Veranstaltung findet mit freundlicher Unterstützung von ORION Pharma statt.



Veranstalter: Charité Healthcare Services GmbH, Bundesallee 39 – 40a, 10717 Berlin

Ansprechpartner/in: Christine Thol

Telefon: +49 (0) 30 450 578 206 - E-Mail: [fortbildung-chs@charite.de](mailto:fortbildung-chs@charite.de)

Anmeldeformular per Fax an: +49 (0) 30-450 7 578 009

**BITTE LESERLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN. VIELEN DANK!**

**Teilnahmegebühren:**

Ärzte: 300,00€

Pflegekräfte: 150,00€

Team Arzt & Pflege: 250,00€ & 100,00€

**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 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn kostenfrei möglich. Bei Stornierung in dem Zeitraum von 4 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.

Datum und Unterschrift des Teilnehmers: \_\_\_\_\_

Anmeldeformular erhalten von Orion Pharma:  ja  nein

Die Veranstaltung findet mit freundlicher Unterstützung von ORION Pharma statt.

