

Anmeldung

Anmeldung bitte per Fax an: (05424) 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

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

Modul 2 und 4

10.02. – 12.02.2012

Amputationschirurgie, Prothesenversorgung, Schuhtechnik, Kompressionstherapie
Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Hörsaal 55, Robert-Koch-Straße
40, 37075 Göttingen

Leitung: Prof. Dr. med. W. Schultz, Dr. med. H. Stinus

Sekretariat: Diana Berisch

Tel. +49 (5551) 977799

**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 1 und 3

14.09. – 16.09.2012

Orthetik, Rollstuhlversorgung, Neuroorthopädie, Querschnittläsion,
RehaKlinikum Bad Rothenfelde, Klinik Münsterland
Auf der Stöwwe 11, 49214 Bad Rothenfelde

Leitung: Chefarzt Prof. Dr. med. B. Greitemann

Sekretariat und 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./24.11.2012

Refresher- und Prüfungskurs in der Bundesfachschiule für Orthopädietechnik, Schliepstraße
6 – 8, 44135 Dortmund

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

Sekretariat: M. Kirmse, e-mail: m.kirmse@ot-bufa.de

Tel. +49 (231) 5591-210 / Fax +49 (231) 5591-444

**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

21.09. – 22.09.2012

Spezielle Amputationschirurgie

Innsbruck

Leitung: Dr. med. Franz Landauer

Kontakt: e-mail: f.landauer@salk.at

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

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 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 (BLZ 265 606 25),
Kto.-Nr.: 0 102 911 345, Inh. Prof. Dr. med. B. Greitemann,

Stichwort: 31. 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