


Titel, Vorname, Name: _____
 Geb.-Datum: _____
 Institution (Praxis/Klinik): _____
 (Straße, PLZ, Ort): _____
 Privat (Straße, PLZ, Ort): _____
 Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Deutsche Diabetes-Gesellschaft
Geschäftsstelle Bochum
Bürkle de la Camp-Platz 1
44789 Bochum

Telefon - Nr. (0234) 97889-10
 Telefax - Nr. (0234) 97889-20
 KP: Frau Steden
 E-Mail: steden@ddg.info

Verbindliche Anmeldung

80-Stunden-Fortbildungskurs „Klinische Diabetologie“ der DDG

Hiermit melde ich mich **verbindlich** zu folgendem Fortbildungskurs an: 

Termine 2009			
<input type="checkbox"/>	Mainz	Mo. – Fr., 30.03. – 03.04. und Mo. – Fr., 22.06. – 26.06.2009	
<input type="checkbox"/>	Jena	Mo. – Fr., 26.10. – 30.10. und Mo. – Fr., 02.11. – 06.11.2009	
Termine 2010			
<input type="checkbox"/>	München <i>Pädiater</i>	Mo. – Fr., 22.02. – 26.02. und Mo. – Fr., 12.04. – 16.04.2010	geplanter Termin, Änderungen möglich
<input type="checkbox"/>	Mainz	Mo. – Fr., 20.09. – 24.09. und Mo. – Fr., 29.11. – 03.12.2010	

Ich erfülle folgende Voraussetzungen: tätig in: Praxis _____ Klinik _____

- _____ Jahre Weiterbildung Innere Medizin
- _____ Jahre Weiterbildung Diabetologie
(Tätigkeit in einer von der DDG anerkannten Einrichtung zur Behandlung (und Schulung) von Typ 1 Diabetikern nach den Richtlinien der DDG)
- _____ Jahre Kinderheilkunde

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin
<input type="checkbox"/> Facharzt für Kinderheilkunde
<input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Facharzt für Allgemeinmedizin
<input type="checkbox"/> Praktischer Arzt
<input type="checkbox"/> Arzt in Weiterbildung |
|--|---|

Die Überweisung der Teilnahmegebühr in Höhe von 1.000,- € wird nach Anmeldung und Erhalt der Rechnung auf das Konto der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e. V., National-Bank AG, BLZ 360 200 30, Konto Nr.: 64 64 777, IBAN: DE39 3602 0030 0006 4647 77, BIC: NBAG DE 3 E, erbeten. Nach Erhalt der Teilnahmegebühr werden Sie offiziell zum Kurs zugelassen. **Die Gebühr für Kurse ab 2010 beträgt 1.200,- €**

Datum: _____ Stempel/Unterschrift _____