



Anmeldeformular PTA-Weiterqualifizierung „Zytostatika“ (Block A & B)

Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

Apotheke/Firma: _____

Straße: _____ Tel.: _____ Fax: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Für die Anmeldebestätigung und kurzfristige Informationen benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse:

Kostenübernahme erfolgt durch: Arbeitgeber Teilnehmer (Anschrift siehe oben)

Hiermit willige ich ein, dass meine Kontaktdaten im Rahmen des Seminars allen Teilnehmern und Referenten zur Verfügung gestellt werden dürfen.

Bitte kreuzen Sie Ihre Wunschtermine entsprechend an. Bitte beachten Sie, dass Ihre Wunschtermine verbindlich sind (Mehrfachnennungen möglich!) Von Ihren Wunschterminen wird Ihnen nach Verfügbarkeit ein Durchgang zugeteilt. Aufgrund der hohen Nachfrage, werden die Anmeldungen nach Eingangszeit und Datum ermittelt. Sie erhalten zeitnah eine Anmeldebestätigung sowie weitere Informationen.

Seminar	Datum	Ort	
Durchgang 51	Block A: 24.-26.03.2017 & Block B: 23.-25.06.2017	Hamburg	<input type="checkbox"/>
Durchgang 52	Block A: 23.-25.06.2017 & Block B: 15.-17.09.2017	Hamburg	<input type="checkbox"/>
Durchgang 53	Block A: 15.-17.09.2017 & Block B: 10.-12.11.2017	Hamburg	<input type="checkbox"/>
Durchgang 54	Block A: 10.-12.11.2017 & Block B: 08.-10.12.2017	Hamburg	<input type="checkbox"/>
Durchgang 55	Block A: 08.-10.12.2017 & Block B: 23.-25.02.2018	Hamburg	<input type="checkbox"/>

Betrieb

Krankenhausapotheke öffentliche Apotheke Herstellungsbetrieb Sonstiges:

Vorerfahrung in der Zytostatikazubereitung	In unserer Apotheke wird hergestellt:
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Masseorientiert
<input type="checkbox"/> Bis 2 Jahre	<input type="checkbox"/> Volumetrisch
<input type="checkbox"/> Bis 5 Jahre	<input type="checkbox"/> Ohne EDV-Unterstützung
<input type="checkbox"/> Über 5 Jahre	<input type="checkbox"/> Mit EDV-Unterstützung
Beruf:	Name des EDV-Programms:

Seminargebühren :

596,- € pro Block, Gesamtpreis 1.192,- €; 41 Std. (Block A: 20,75 Std., Block B: 20,25 Std.) inkl. Seminarunterlagen und Verpflegung während der Veranstaltung. Die Seminargebühren werde ich nach Erhalt der Anmeldebestätigung und Rechnung überweisen.

Datum, Ort _____

Unterschrift _____

Prüfung „PTA Onkologie DGOP“

Die Prüfungen zur „PTA Onkologie (DGOP)“ finden im Rahmen von separat angebotenen Prüfungswochenenden oder im Rahmen unserer Kongresse (NZW-Hamburg, NZW-München, NZW-Dresden) statt. Gern informieren wir Sie nach Abschluss des kompletten Durchgangs automatisch über die geplanten Termine. Die Prüfungsgebühren betragen für Mitglieder der DGOP e.V. 90,- Euro inkl. MwSt. und für Nicht DGOP e.V. Mitglieder 198,- Euro inkl. MwSt.

Bitte beachten Sie, dass nur eine begrenzte Anzahl an Teilnahmeplätzen zur Verfügung steht. Eine Stornierung Ihrer Anmeldung und Leistung muss schriftlich erfolgen und ist nur für den gesamten o.a. Durchgang möglich. Ab 10 Wochen vor Veranstaltungsbeginn erheben wir eine Stornierungsgebühr von 20 % der Seminargebühren. Die Stornierung gilt für Block A und Block B des o.a. Durchgangs. Eine einzelne Stornierung des Block A und/ oder B ist nicht möglich. Bei einer Stornierung 6 Wochen vor Veranstaltungsbeginn sind die vollen Seminargebühren fällig, sofern Sie uns keine Ersatzperson benennen. Eine Vertretung Ihrer Person durch eine andere Person ist bis 10 Tage vor Veranstaltungsbeginn möglich. Die Bearbeitungsgebühr hierfür beträgt 10 % der Seminargebühr. Bitte teilen Sie uns den Namen des Ersatzteilnehmers mindestens 10 Tage vor Veranstaltungsbeginn mit. Namensänderungen ab 10 Tage vor Veranstaltungsbeginn gelten als Neuregistrierung. Der Veranstalter behält sich Änderungen aus wichtigem Grund vor. Alle genannten Preise verstehen sich rein netto zzgl. der gesetzlichen MwSt. Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie die AGBs für Seminarteilnehmer an (www.fortbildungsakademie.de). Für Druckfehler keine Haftung.