Berufsverband Deutscher Transfusionsmediziner e.V.

dgti Die Gesellschaft für Blut, Zellen & Gewebe

ANMELDEFORMULAR

Seminar für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zur Fachärztin / zum Facharzt für Transfusionsmedizin

Termin: Sonntag, 11. April – Freitag, 16. April 2027



Veranstaltungsort

Hotel Lindenhof
Quellenhofweg 125
33617 Bielefeld

Fon: 0521 / 14461-00
Fax: 0521 / 14461-14
E-Mail: info@lindenhof-bielefeld.de
Web: www.lindenhof-bielefeld.de

Veranstalter und wissenschaftliche Leitung

Berufsverband Deutscher Transfusionsmediziner e. V.
Prof. Dr. med. R. Schäfer
Korrespondenzadresse:
Universitätsklinikum Freiburg
Institut für Transfusionsmedizin und Gentherapie

E-Mail: richard.schaefer@uniklinik-freiburg.de

Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie
Prof. Dr. med. Kristina Hölig
Bereichsleiterin Transfusionsmedizin
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

E-Mail: Kristina.Hoelig@uniklinikum-dresden.de

1. Angaben zur anmeldenden Person

Titel, Name, Vorname

_____

Dienstliche Anschrift
Klinik / Abteilung / Institut

_____

_____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Private Anschrift
Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

2. Angaben zur Weiterbildung

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen.

Teilnahmegebühr (inkl. Unterkunft und Mahlzeiten – am 16.04. nur teilweise –, sowie Seminarkosten): **€ 1.500,00**

Bereits absolvierte Weiterbildungszeit Transfusionsmedizin: _____ Monat(e)

Bereits absolvierte Weiterbildungszeit Klinik: _____ Monat(e)

Voraussichtlicher Termin der Facharztprüfung: ____ / ____ / _____
(TT / MM / JJJJ)

Beruflicher Status (bitte ankreuzen)

- ☐ Fachärztin / Facharzt
- ☐ Ärztin / Arzt in Weiterbildung – Transfusionsmedizin
- ☐ Ärztin / Arzt in Weiterbildung – andere Fachrichtung
  Fachrichtung: _____
- ☐ Naturwissenschaftlerin / Naturwissenschaftler
  Fachrichtung: _____

3. Teilnahmebedingungen und Zahlungsmodalitäten

Eine Zusage für einen Seminarplatz erfolgt voraussichtlich bis zum **15. Januar 2027.**

Nach Erhalt der Zusage ist die Teilnahmegebühr in Höhe von **€ 1.500,00** bis spätestens zum **29. Januar 2027** zu überweisen.

Geht die Zahlung nicht fristgerecht ein, wird der **Seminarplatz** an eine andere Person auf der Warteliste vergeben. Die ursprüngliche Zusage verliert in diesem Fall ihre Gültigkeit.

Bei einer Stornierung nach erfolgter Zahlung kann die Teilnahmegebühr nur erstattet werden, wenn der frei werdende Seminarplatz erfolgreich an eine Person von der Warteliste vergeben werden kann.

Mit der Anmeldung erkenne ich die vorstehenden Teilnahme- und Zahlungsbedingungen an.

4. Bestätigung und Unterschrift

Ort, Datum

_____

Name in Druckbuchstaben

_____

Unterschrift

_____

5. Senden der Anmeldung

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Anmeldeformular per E-Mail an:

Nicole Elias
nicole.elias@uniklinik-freiburg.de