

ANMELDUNG zum erweiterten Curriculum
„Therapieverfahren, Sozialpsychiatrie und Befunderhebung“
beim Sächsischen Weiterbildungsverbund
in Kooperation mit der
Sächsischen Landesärztekammer

Frau
Ingeborg Helmstedt
Sekretariat Prof. Dr. Dr. M. Bauer
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Rücksendung bitte
per Post an nebenstehende Adresse
oder per Fax: **0351 458 4324**

Hiermit melde ich mich verbindlich für das

**Weiterbildungs-Curriculum „Therapieverfahren, Sozialpsychiatrie
und Befunderhebung“**

Termine:

Block	Datum
Block 1	24.10.2010 – 25.10.2010
Block 2	05.03.2011 – 09.03.2011
Block 3	10.09.2011 – 14.09.2011

in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden an.

Titel, Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Wohnanschrift und Telefon: _____ Mobiltelefon, Emailadresse: _____

Dienstadresse und Telefon: _____

Rechnungsanschrift (falls abweichend): _____

Beginn der Weiterbildung Psychiatrie/Psychotherapie: _____

Die Anmeldungen werden schriftlich bestätigt. Nach Rücksprache können die Inhalte auch separat gebucht werden. **Die Teilnahmegebühr beträgt für die drei Blöcke 900,- EUR** und ist nach Erhalt der Zahlungsaufforderung bis 14 Tage vor Kursbeginn zu zahlen. Nach verbindlicher Anmeldung kann eine **Stornierung** nur in schriftlicher Form erfolgen. Bis 14 Tage vor Kursbeginn kann die Anmeldung kostenfrei storniert werden, bis 3 Tage vor Kursbeginn werden 50% der Teilnahmegebühr berechnet. Bei Absagen, die später als 3 Tage vor Kursbeginn eingehen bzw. bei Nichterscheinen des Teilnehmers wird die gesamte Teilnahmegebühr fällig. Es kann bis zum Beginn eines Kurses ein geeigneter Ersatzteilnehmer benannt werden.

Arztstempel/Unterschrift

Ort/Datum