BITTE LESERLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN. VIELEN DANK!

Please write write properly and in printed letters!

☐ Frau / ☐ Herr

ggf. Titel, Vorname und Name

E-Mail-Adresse
E - Mail Address

☐ **Privatanschrift (erforderlich!):**
Private address

Straße und Hausnummer
Street and House Number

PLZ
ZIP CODE

Stadt
City

Telefon
Phone Number

Klinik, Abteilung, Funktion
Hospital, Department and Function

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für folgende(n) Kurs(e) des modularen Fortbildungskonzeptes an:
„Behandlung des eloquenten Hirntumors“

I hereby sign up for the following course (s) of the modular training concept: "Treatment of the eloquent brain tumor“

Modul 1: TMS – transkranielle Magnetstimulation (Gebühr 250,00€) – Uhrzeit: 07:30 – 14:00 Uhr
☐ **21.06.2019** ☐ **20.09.2019** ☐ **07.11.2019**
Module 1: TMS - transcranial magnet stimulation

Modul 2: Traktografie (Gebühr 250,00€) – Uhrzeit: 14:00 – 19:00 Uhr
☐ **21.06.2019** ☐ **20.09.2019** ☐ **07.11.2019**
Module 2: Tractography

Modul 3: Operation des eloquenten Hirntumors (Gebühr 750,00€) – Uhrzeit: 07:30 – 17:00 Uhr
☐ **22.06.2019** ☐ **21.09.2019** ☐ **10.11.2019**
Module 3: Surgery of the eloquent brain tumor

Die Teilnehmergebühren beinhalten 19 % Umsatzsteuer.
The participation fees include 19% sales tax

Nach dieser Anmeldung sind Sie, soweit Plätze vorhanden, verbindlich angemeldet. Sie erhalten eine E-Mail als Anmeldebestätigung und 4 Wochen vor Kursbeginn eine Rechnung über die Teilnahmegebühren mit einem Zahlungsziel von 14 Tagen.
After this registration you are, as far as places available, registered. You will receive an e-mail as a confirmation of registration. 4 Weeks before course start you will receive an invoice with a payment term of 14 days

Invoice receiver

Rechnungsempfänger:
☐ privat
Private

☐ Klinikum bzw. Arbeitgeber; bitte Kostenübernahme mit korrekter Rechnungsadresse beilegen!
Hospital or employer; please enclose cost transfer with the correct billing address!

Sollte zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung keine entsprechende Kostenübernahme vorliegen, behalten wir uns vor die Rechnung Privat zu stellen.
If at the time of invoicing there is no corresponding assumption of costs, we reserve the right to put the bill in private.

Stornierung und Kursabmeldung:
Eine Stornierung ist bis 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn kostenfrei möglich. Bei Stornierung in dem Zeitraum von 4 Wochen bis 3 Tage vor Veranstaltungsbeginn berechnen wir eine Stornierungsgebühr in Höhe von 50 % des Veranstaltungspreises. Bei einer Absage innerhalb der drei Tage vor dem Kurs und bei Nichtteilnahme ohne vorherige Absage wird die Teilnehmergebühr im vollen Umfang fällig. Die Berechnung der Stornierungsgebühr erfolgt selbstverständlich nicht, wenn Sie einen Ersatzteilnehmer benennen.
Cancellation is possible free of charge up to 4 weeks before the start of the course. If canceled between 4 weeks and 3 days before the start of the course, we will charge a cancellation fee of 50% of the price. In case of cancellation within three days before the course and in case of non-participation without prior cancellation, the participation fee will be due in full. Of course, the calculation of the cancellation fee does not take place if you name a substitute participant.

Datum und Unterschrift des Teilnehmers: _____
Current date and Signature of the participant

Bitte senden Sie das Anmeldeformular per Fax oder E-Mail an:
Please send this registration form by fax or by mail to:

Veranstalter: Host
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Berliner Simulations- und Trainingszentrum (BeST)
Charitéplatz 1
10117 Berlin

Ansprechpartner: Christine Thol
Contact person:
Telefon: +49 (0) 30 450 531 229
Fax: +49 (0) 30 450 7 531 229
E-Mail: berliner-simulationstraining@charite.de