

Anmeldeformular für Fachkundeaktualisierungskurse vom 18. bis 19. November 2011 nach Röntgenverordnung (RöV) und/oder Strahlenschutzverordnung (StrlSchV).

Die Kurse sind mit Punkten (P) zur Fortbildung zertifiziert, von den zuständigen Behörden anerkannt für Ärzte einschließlich ermächtigte Ärzte, Medizinphysikexperten sowie medizinisch-technisches Personal.

Für Ihre Anmeldung bitte selektiv ankreuzen:

12-Stunden-Kompaktkurs für beide, RöV und StrlSchV
Freitag 18. Nov. 14-18 Uhr und Samstag 19. Nov. 09-17 Uhr
Teilnahmegebühr: 180 €

(13P)

8-Stunden-Kurs nach RöV (diagnostische Radiologie)
Samstag 19. November 09-17 Uhr
Teilnahmegebühr: 135 €

(09P)

8-Stunden-Kurs nach StrlSchV (Nuklearmedizin + Therapie)
Freitag 18. Nov. 13:00 bis 17:00 Uhr und Samstag 19. Nov. 09-13 Uhr
Teilnahmegebühr: 135 €

(09P)

Veranstaltungsort:

Wissenschaftszentrum,
Ahrstraße 45, 53175 Bonn

www.wzbonn.de

bitte in Kursangelegenheiten
nur den Veranstalter kontaktieren

Veranstalter:

Peter Oehr

Medizinphysik-Experte

Dipl.-Biol. Dr. rer. nat.

Professor für Nuklearmedizin

Anschrift:

Am Buechel 53a

53173 Bonn

Tel.: 0228-35 28 43

FAX: 0228-3683-069

e-mail: p@oehr.info

<http://www.medizinexperte.de>

Kursgebühren sind innerhalb 14 Tagen nach Anmeldung zu überweisen unter Angabe des Teilnehmersnamens.

Bankverbindung: Commerzbank Bonn, Prof. Dr. Oehr, Konto Nr. 25 36 21700; BLZ 380 40007.

Kursgebühren beinhalten Mehrwertsteuer, und zu Kursbeginn vor Ort ein Skript zu den Vorträgen.

Ich melde mich verbindlich zur Teilnahme an:

Beruf +Titel: (Prof.; Dr.; MTA; Arzt, erm. Arzt, MTAR, med. Fachangestellte: _____

Vorname: _____ Name: _____ Geb. Name _____

geb. am: _____ in: _____

Strasse: _____ PLZ /Wohnort _____

Tel.(Dienst): _____ FAX (Dienst): _____

E-Mail: _____ Bezahlung (bitte ankreuzen): privat oder Arbeitgeber

Bezahlung durch Arbeitgeber (Rechnung)

Beschäftigt bei (Betrieb/Klinik/Institut): _____

Datum: _____ Unterschrift: _____