

# Anmeldeformular für Fachkundeaktualisierungskurse vom 08.03 – 10.03. 2012

## 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 (13P)**

Donnerstag 08. März 14-18 Uhr und Freitag 09. März 09-17 Uhr

*alternativ*

Freitag 09. März 14-18 Uhr und Samstag 10. März 09-17 Uhr

Teilnahmegebühr: 180 €

**14-Std. Kompaktkurs ermächtigte Ärzte**

Donnerstag 08. März 11-18 Uhr und Freitag 09. März 09-17 Uhr

Teilnahmegebühr: 195 €

**8-Stunden-Kurs nach RöV (diagnostische Radiologie) (09P)**

Freitag 09. März 09-17 Uhr

*alternativ*

Samstag 10. März 09-17 Uhr

Teilnahmegebühr: 135 €

**8-Stunden-Kurs nach StrlSchV (Nuklearmedizin) (09P)**

Donnerstag 08. März 09-17 Uhr

*alternativ*

Freitag 09. März 09-17 Uhr

Teilnahmegebühr: 135 €

**Veranstaltungsort:**

Wissenschaftszentrum,  
Ahrstraße 45, 53175 Bonn

[www.wzbonn.de](http://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: \_\_\_\_\_