

Anmeldeformular für Fachkundeaktualisierungskurse vom 12.04 – 14.04. 2018 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, sowie medizinisch-technisches Personal.

Für Ihre Anmeldung bitte selektiv ankreuzen:

12-Stunden-Kompaktkurs für beide, RöV und StrlSchV (13P)
Donnerstag 12. April 14-18 Uhr und Freitag 13. April 09-17 Uhr
alternativ

Freitag 13. April 14-18 Uhr und Samstag 14. April 09-17 Uhr
Teilnahmegebühr: 210 €

14-Std. Kompaktkurs ermächtigte Ärzte
Donnerstag 12. April 11-18 Uhr und Freitag 13. April 09-17 Uhr
Teilnahmegebühr: 225 €

8-Stunden-Kurs nach RöV (diagnostische Radiologie) **(09P)**
Freitag 13. April 09-17 Uhr
alternativ
Samstag 14. April 09-17 Uhr
Teilnahmegebühr: 165 €

8-Stunden-Kurs nach StrlSchV (Nuklearmedizin) **(09P)**
Donnerstag 12. April 09-17 Uhr
alternativ
Freitag 13. April 09-17 Uhr
Teilnahmegebühr: 165 €

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

Kontakt:

Tel: 0228 2862 8897 (10 bis 14 Uhr)
FAX: 0228 2862 88979
e-mail: kurs@oehr.info
<http://www.medizinexperte.de>.

Kursgebühren

sind innerhalb 14 Tagen nach Anmeldung zu überweisen **unter Angabe des Teilnehmernamens**.
Bankverbindung: (Commerzbank Bonn, Prof. Oehr, Konto Nr. IBAN: DE16 3804 0007 0253 6217 00).

Kursgebühren beinhalten Mehrwertsteuer, zu Kursbeginn vor Ort ein Skript auf USB-Stick zu Vorträgen.

Ich melde mich verbindlich zur Teilnahme an: bitte in Druckschrift deutlich schreiben

Beruf +Titel: _____

Vorname: _____ Name: _____ Geb. Name _____

geb. am: _____ in: _____

Strasse: _____ PLZ /Wohnort _____

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

E-Mail: _____ Rechnung an: Privat oder Arbeitgeber: _____

Bei Bezahlung durch Arbeitgeber (genaue Rechnungsanschrift und bei Universität auch die Kostenstelle)

Datum: _____ Unterschrift: _____