

Universitätsklinik

für Radioonkologie

Radiologische Universitätsklinik

Abteilung für Diagnostische und   
Interventionelle Radiologie

Fortbildung

**MR-geführte Strahlentherapie**

14.-15. November 2019

**ANMELDUNG**

**Frau/Herr**

(Titel, Name, Vorname) ........................................................................................

**Klinik, Abteilung** ........................................................................................

........................................................................................

**Straße** ........................................................................................

**PLZ, Ort** ........................................................................................

**Telefon / Fax** ........................................................................................

**E-mail** ........................................................................................

**Teilnahmegebühr (inkl. MWSt.):**

(bitte ankreuzen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DEGRO-Mitglied | Nicht DEGRO-Mitglied |
| Ärzte: | □ 150 € | □ 180 € |
| Ärzte in Weiterbildung, Medizinphysiker, MTRAs: | □ 100 € | □ 130 € |

Die Teilnahmegebühr beinhaltet Pausengetränke, Gebäck und Mittagsimbiss.

**Anmeldeschluss ist der 15.10.2019.**

Die Anmeldung ist verbindlich. Bei Stornierung der Anmeldung bis zum 31.10.2019 wird die Gebühr zurückerstattet. Bei späterer Stornierung kann *keine Rückerstattung* geleistet werden.

*Die Anmeldung vor Ort ist nicht möglich.*

Den Betrag von € ............................. habe ich auf das Konto

**Kontoinhaber:** Universitätsklinikum Tübingen

**IBAN:** DE41 6005 0101 7477 5037 93

**BIC:** SOLADEST600

**Verwendungszweck:** MRgRT Fortbildung, D.33.05414

*(bitte unbedingt angeben!)*

überwiesen.

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Fortbildungsveranstaltung an.

....................................................... ………………………………………………………

Ort, Datum Unterschrift

**Bitte senden Sie die Anmeldung zurück an:**

per Fax: 07071 29-5026

oder per Email: ellen.dickreuter@med.uni-tuebingen.de

oder per Post: Universitätsklinikum Tübingen

Universitätsklinik für Radioonkologie

Dr. Ellen Dickreuter

Hoppe-Seyler-Str. 3

72076 Tübingen

Für Rückfragen steht Ihnen Dr. Ellen Dickreuter, Tel. 07071 29 85961*,* gerne zur Verfügung.

**Tagungsort:**

Universitätsklinikum Tübingen

Universitätsklinik für Radioonkologie

Hoppe-Seyler-Str. 3

72076 Tübingen