

ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgender Fortbildung

- Die Rolle des Arztes / der Ärztin bei Großveranstaltungen
Wie plane und organisiere ich eine Veranstaltung aus
medizinischer Sicht
IRONMAN 2019 – besondere medizinische Probleme und
Krankheitsbilder**

am Samstag, 29. und Sonntag, 30. Juni 2019 in Frankfurt an.

Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

Telefon (mobil): _____

E-Mail: _____

Wenn Sie sich zur verbindlichen Mitarbeit am Sonntag entschließen, müssen Sie bereit sein, sich in den Führungsaufbau des DRK zu integrieren. Rechnen Sie bitte mit einem spätesten Einsatzende um 22 Uhr.

- Ich bin bereit, am Sonntag verbindlich als Ärztin/als Arzt mitzuarbeiten

Qualifikation:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Facharzt | <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Innere |
| <input type="checkbox"/> Pädiatrie / Gynäkologie | <input type="checkbox"/> Anästhesie |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

Zusatzbezeichnung Notfallmedizin: Ja Nein

Kosten:

Die Teilnahmegebühr für den Theorie- und Praxisteil beträgt 200 €. Hierin sind Verpflegung am Samstag und Sonntag sowie die IRONMAN-Helferausstattung und unser limitiertes Ärzteshirt 2019 enthalten. Ebenso stellen wir eine qualifizierte Betreuung während Ihrer Hospitation sicher.

Ärztinnen und Ärzten, die selbst Mitglied in einer Gemeinschaft des Deutschen Roten Kreuzes sind, erhalten grundsätzlich 50 % Rabatt auf unsere Teilnahmegebühren. Bitte fügen Sie Ihrer Anmeldung eine Kopie Ihres Dienstausweises, o.ä. bei.

Die Teilnahmegebühr wird mit der Anmeldung fällig. Bei Absage bis 1 Woche vor der Veranstaltung erstatten wir die Teilnahmegebühr abzüglich einer Bearbeitungspauschale von 25 € zurück. Bei späteren Abmeldungen müssen wir leider 50 % Ihrer Zahlungen zur Deckung der uns entstandenen Aufwendungen einbehalten. Den Restbetrag erstatten wir gerne zurück.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vollständig ausgefüllte Anmeldung bitte

per Post: Deutsches Rotes Kreuz Bezirksverband Frankfurt am Main e.V.
Kreisverbandsarzt – Dr. Michael Sroka
Seilerstraße 23
60313 Frankfurt am Main

oder per FAX: 069-7191917777 bzw. per E-Mail: kva@drkfrankfurt.de senden.