

**EINLADUNG & ANMELDUNG zur Fortbildung**  
**05. November 2014 um 18.00 Uhr**

**Bitte Faxen an: 033 638/29 54 59**

Märkische Stiftung für Gesundheits- und Kulturförderung, Herrn Norman Reichelt  
Karl-Marx-Straße 29, 15537 Grünheide (Mark),  
Telefon: 033638 29 54 60, E-Mail: reichelt@maerkische-stiftung.de

**Fortbildung**  
**am Mittwoch, 05.11.2014, von 18:00 Uhr bis 20.45 Uhr**  
**im Alten Ärztehaus, Karl-Marx-Straße 29, Grünheide (Mark)**

**Referenten**

**Dr. med. Antonio Pizzulli, Schwerpunktpraxis Kinder- & Jugendpneumologie, Berlin**  
**Dr. med. Mattias Roser, Leiter Elektrophysiologie, Charité Berlin – Campus BF**  
**Dr. med. Henning Brandt, Rheumatologie Charité Berlin – Campus BF**

**Die Veranstaltung wurde von der Landesärztekammer Brandenburg mit 3 Punkten zertifiziert.**

An der Veranstaltung

- nehme ich gerne teil.
- kann ich leider **nicht** teilnehmen.

Titel:	Vorname:	Nachname:
Strasse/HRr.:	PLZ:	Ort:
Tel.: _____		Fax: _____
E-Mail: _____		

Ich nehme ihr Angebot zur Teilnahme an o. g. Veranstaltung an. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der o.g. Veranstaltung ausschließlich auf eigene Gefahr erfolgt und ich daher unwiderruflich auf Ansprüche anlässlich dieser Veranstaltungsreise, gleich aus welchem Rechtsgrund, gegen die Märkische Stiftung für Gesundheits- und Kulturförderung, ihren Vorstand, Geschäftsführer und Mitarbeiter verzichte. Mit der Anmeldung erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Abwicklung der Veranstaltungsreise durch die Märkische Stiftung für Gesundheits- und Kulturförderung und die mit der Organisation beauftragten Dritten EDV mäßig verarbeitet werden können.

---

Datum, Unterschrift und Stempel des Teilnehmers

Nur für Klinikärzte/angestellte Ärzte:

Hiermit bestätige ich als Dienstherr/Arbeitgeber des vorstehend genannten Klinikarztes/Arztes, Kenntnis über sämtliche Konditionen der Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung erlangt zu haben. Dies umfasst die Höhe der von der *Firma Pfizer* übernommenen Kosten für die Teilnahme an einer Tagungsbewirtung (max. 50,00 € pro Tag). Mit meiner Unterschrift genehmige ich die Teilnahme des vorstehend genannten Klinikarztes/Arztes an der Fortbildungsveranstaltung sowie die Übernahme der Kosten durch die *Firma Pfizer*.

---

Datum, Unterschrift und Stempel des Dienstherrn/der Klinikleitung/des Arbeitgebers