

Anmeldeformular

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> GCP-Grundlagenkurs
(450 € zzgl. 16 % MwSt.) | <input type="checkbox"/> GCP-Intensivkurs
(Grundlagen- bzw. Aufbaukurs)
(800 € zzgl. 16 % MwSt.) | <input type="checkbox"/> Medizinprodukte-Ergänzung
(Grundlagen- bzw. Aufbaukurs)
(250 € zzgl. 16 % MwSt.) |
| <input type="checkbox"/> GCP-Aufbaukurs
(450 € zzgl. 16 % MwSt.) | <input type="checkbox"/> GCP-Refresherkurs
(300 € zzgl. 16 % MwSt.) | <input type="checkbox"/> Medizinprodukte-Ergänzung
(Grundlagen- und Aufbaukurs)
(450 € zzgl. 16 % MwSt.) |

In den Veranstaltungsgebühren enthalten sind die Durchführung gemäß Programm, die Schulungsunterlagen, die Teilnahmebestätigung (Zertifikat) sowie die Verpflegung während der Veranstaltung.

Veranstaltungsort _____ **Datum** _____

Anrede/Titel _____ **Position** _____

Vorname _____ **Nachname** _____

Klinik/Praxis/Institution _____

Straße, Nr. _____

PLZ _____ **Ort** _____

Telefon _____ **Mobil** _____

E-Mail _____ **Fax** _____

**Rechnungsanschrift
(falls abweichend)** _____

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die verbindliche Anmeldung für oben genannte Veranstaltung. Weiterhin bestätigen Sie Ihre Zustimmung zu unseren aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen (09.01.2020).

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____

Zur verbindlichen Anmeldung senden Sie dieses Formular bitte zusammen mit der Teilnehmer-Checkliste

per E-Mail an **anmeldung@gcp-and-more.de**
bzw. per Fax an **06239/9990820**

Teilnehmer-Checkliste

Vorname _____ Nachname _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> GCP-Grundlagenkurs | <input type="checkbox"/> GCP-Intensivkurs | <input type="checkbox"/> Medizinprodukte-Ergänzung
(Grundlagen- bzw. Aufbaukurs) |
| <input type="checkbox"/> GCP-Aufbaukurs | <input type="checkbox"/> GCP-Refresherkurs | <input type="checkbox"/> Medizinprodukte-Ergänzung
(Grundlagen- und Aufbaukurs) |

Um während des Trainings besser auf Ihren Bedarf und Ihre Wünsche eingehen zu können, bitten wir Sie um ein paar Angaben zu Ihrer bisherigen Studienerfahrung:

Erfahrung seit _____ Studienanzahl _____ **Keine Erfahrung**

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> AMG-Studien | <input type="checkbox"/> Phase I | <input type="checkbox"/> Phase II | <input type="checkbox"/> Phase III | <input type="checkbox"/> Phase IV |
| <input type="checkbox"/> MPG-Studien | <input type="checkbox"/> Nichtinterventionelle
Studien (NIS) | <input type="checkbox"/> Sonstige Forschungsvorhaben | | |

Indikation(en) _____

Studienerfahrung als

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> (Haupt-) Prüfer (PI) | <input type="checkbox"/> Stellvertreter | <input type="checkbox"/> Prüfarzt | <input type="checkbox"/> Studienassistent | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Letztes GCP-/MP-Training absolviert am _____ | | | | <input type="checkbox"/> Nein |

**Aktuelles Studienprojekt /
Grund für Anmeldung zum Training** _____

**Besondere Interessen
bezüglich des Trainings** _____

Dieses Formular bitte zusammen mit der Anmeldung zurückschicken

per E-Mail an **anmeldung@gcp-and-more.de**
bzw. per Fax an **06239/9990820**